

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX.

Ce numéro contient les planches en chromolithographie du mémoire du D^r NETTER; ces planches n'ayant pu être prêtes au moment de la publication du dernier numéro.

I

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES HYPERTROPHIES DES CORDES VOCALES SUPÉRIEURES EN FORME DE POLYPES OU DE TUMEURS,

Par le D^r J.-B. MARTY,

Ancien interne p^{re} des hôpitaux de Paris.

Pendant l'année que nous avons passée, en qualité d'interne, dans le service de laryngoscopie de M. le docteur Gouguenheim, à l'hôpital Lariboisière, nous avons eu occasion de voir un cas curieux d'hypertrophie de la corde vocale supérieure droite simulant un véritable polype assez gros, parfaitement pédiculé et terminé en massue. Le malade, porteur de cette lésion était un tuberculeux avéré, qui était atteint non seulement de phthisie laryngée, pour laquelle il suivait régulièrement la consultation laryngoscopique, mais qui présentait, en outre, des signes manifestes de tuberculose pulmonaire.

Voici, du reste, l'observation, *in extenso*, de ce malade, qui nous a vivement intéressé :

Le nommé Laj..., Léon, âgé de 32 ans, typographe, se présente, au mois d'avril 1887, à la consultation laryngoscopique de l'hôpital Lariboisière, pour se faire traiter d'une affection du larynx remontant à deux ans, et caractérisée par des troubles de la voix, et des douleurs dans l'organe de la phonation.

Antécédents héréditaires. — Son père jouit d'une excellente santé. Sa mère est asthmatique. — Il n'a ni frère, ni sœur.

Antécédents personnels. — Il a présenté lui-même des traces de scrofule dans son enfance (gourmes du cuir chevelu, adénopathies cervicales). — Pas de syphilis ni héréditaire ni acquise. La dentition est normale.

A l'âge de 10 ans, pleurésie avec épanchement abondant. — Variole à 15 ans. — Fièvre typhoïde à 21 ans. — A la suite de cette dernière affection est survenue une bronchite, assez intense, qui a duré très longtemps et a été très imparfaitement soignée.

Le malade a fait alors son service militaire. Il s'est livré à des excès alcooliques de toute sorte (l'absinthe constituait cependant sa boisson de prédilection). Sa bronchite, qui avait cessé, est revenue, et s'est accompagnée d'un état dénutritif très prononcé. L... qui avait beaucoup maigri, et toussait, a été alors envoyé en traitement à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains. L'amélioration a été peu sensible, et il a été réformé et est rentré dans ses foyers le 13 août 1878.

Depuis, la maladie a fait des progrès : Essoufflement à la marche, et surtout en montant les escaliers. Toux persistante, parfois quinteuse, se montrant aussi bien en été qu'en hiver. — Hémoptysies légères et peu abondantes, qui se sont répétées plusieurs fois, à intervalles plus ou moins éloignés.

Le 12 juillet 1880, la voix a commencé à se voiler. Depuis cette époque, les troubles phonateurs ont persisté, mais en présentant des intermittences de mieux et de plus mal. Tantôt, en effet, le malade était complètement aphone, tantôt au contraire, L... parlait bien, mais, même dans ce dernier cas, la voix était rauque, et jamais claire et normale.

Au commencement de l'année 1887, L... fut pris de picotements dans la gorge ; il ressentait même par moments, dans le pharynx et le larynx, de véritables douleurs aiguës ; c'est ce qui le décida à se rendre à notre consultation de l'hôpital Lariboisière.

État actuel. — Le malade a le teint plombé, pâle, anémié. — Il est maigre et tousse par intervalles. Cette toux, qui est sèche, brève par moments, quinteuse dans d'autres est surtout plus marquée, le soir au coucher, ou le matin au réveil. Elle s'accompagne de crachats épais et filants. La voix est rauque, voilée, par instants même cassée. — Douleur très marquée à la pression le long des nerfs phréniques, et dans la région du larynx. — Sensation de picotement dans la gorge.

Examen du pharynx. — Un peu de rougeur et de sécheresse de la paroi postérieure. — Quelques granulations (pharyngite postérieure).

Examen laryngoscopique. — L'épiglotte est absolument indemne. — La cavité laryngienne est rouge et gonflée par places, baignée par une sécrétion catarrhale, abondante. — La



Fig. A.

commissure postérieure du larynx, les éminences (*fig. A*) aryténoïdes et les replis aryténo-épiglottiques présentent une tuméfaction assez marquée d'une coloration rouge.

Les cordes vocales supérieures sont toutes deux augmentées de volume, mais tandis que la corde gauche est peu gonflée, la droite présente, au contraire, une hypertrophie considérable (*fig. A.*) qui lui donne l'aspect d'un polype parfaitement pédiculé, terminé en massue, très mobile, venant masquer incomplètement la glotte, dont l'examen présente quelques difficultés, mais que l'on peut apercevoir. Ce pseudo-polype est rougeâtre, extrêmement dur, s'il faut en croire les essais tentés pour l'enlever, avec une pince coupante, qui a éraflé la tumeur, sans pouvoir jamais la sectionner.

Quant aux cordes vocales inférieures, elles sont injectées, rouges, ulcérées sur certains points. Leur mobilité est normale. Elles s'écartent et se rapprochent bien.

Du côté des organes thoraciques, on constate que les poumons présentent des signes de tuberculose manifeste. On perçoit du côté des sommets, en avant et en arrière, des zones de matité assez étendues. L'auscultation révèle dans ces mêmes régions : en avant des deux côtés des craquements secs, que l'on trouve aussi en arrière, du côté gauche. Du côté droit, à la partie postérieure, gargouillements et bruits cavitaires.

On essaie à plusieurs reprises de sectionner la tumeur avec une pince coupante, après avoir préalablement badigeonné les surfaces avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/5.

Mais la dureté de ce pseudo-polype fait échouer continuellement les tentatives de section que l'on fait. Chaque fois, en effet, les parties sont simplement éraflées, et légèrement entamées. En présence de ces essais infructueux, on se décide à employer le galvanocautère. Sous l'influence de cautérisations répétées avec cet instrument, la tumeur s'affaisse, rétrocede assez rapidement, et au bout de quelques jours de ce traitement, on peut apercevoir très distinctement la glotte. Chaque séance de cautérisation est suivie d'insufflations d'iodoforme très finement pulvérisé.

Le malade nous quitte en octobre, très sensiblement amélioré.

Depuis cette époque, L... a été pris d'accès de suffocation dus à des abcès ganglionnaires du cou, qui ont été ouverts et grattés à deux reprises différentes, par M. le docteur Charles Monod, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. Quant à son larynx, il était, à l'époque où nous avons revu le malade (février 1888), dans l'état d'amélioration que nous avons signalé ci-dessus.

Ce cas nous a paru présenter un certain intérêt, non seulement, en raison de son peu de fréquence, mais encore au point de vue de la difficulté du traitement.

Cette affection, en effet, est loin d'être commune. Le docteur Morell-Mackenzie (1) la regarde comme extrêmement rare. Trousseau et Belloc (2), dans leur remarquable traité de la phthisie laryngée, signalent bien des productions papillomateuses et même de véritables polypes parfaitement pédiculés et implantés sur les cordes vocales (vraies et fausses), chez des tuberculeux; ils citent même deux observations dans lesquelles la muqueuse des ventricules était augmentée de volume et en pleine prolifération, mais ils ne font aucune mention de ces hypertrophies des bandes ventriculaires, qui simulent de véritables tumeurs, au point qu'on serait tenté de les prendre pour telles à l'examen laryngoscopique, si l'on n'était prévenu, et si l'on n'y faisait grande attention.

(1) MORELL-MACKENZIE. *Traité pratique des maladies du larynx*. Traduction Moure et Berthier, 1882.

(2) TROUSSEAU et BELLOC. *Traité pratique de la phthisie laryngée*. Paris, 1837.

Krishaber (1) a décrit, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, une forme de laryngite chronique, qu'il appelle *laryngite chronique hypertrophique*, *laryngite plastique*, *laryngite sous-muqueuse* qui est caractérisée par un épaississement et une augmentation de volume de la muqueuse et du tissu sous-muqueux, consécutifs à une inflammation.

Il signale la tuméfaction générale ou partielle des fausses cordes, mais ne dit pas un mot de l'hypertrophie en forme de tumeur ou de polype, que nous étudions en ce moment, et qui cependant existe dans l'affection qu'il a décrite. « Les cordes vocales supérieures, dit-il, peuvent être tuméfiées toutes deux en totalité ou partiellement; parfois une seule est altérée et peut, par suite de son augmentation de volume, recouvrir la corde vocale correspondante... » M. le docteur Fauvel (2) rapporte, dans son *Traité des maladies du larynx*, une observation absolument analogue à celle que nous citons ci-dessus. L'affection s'est comportée chez son malade de la même manière que chez le nôtre; seulement, tandis que notre sujet était un tuberculeux avéré, celui de M. Fauvel était indemne de tout lésion bacillaire. Il s'agissait, dans le cas auquel nous faisons allusion, d'un employé de commerce de 35 ans, n'étant ni syphilitique ni tuberculeux, jouissant d'une très bonne santé, très sobre, mais fumant beaucoup. Ce malade vint consulter, au mois de janvier 1867, M. Fauvel pour un enrouement persistant depuis deux ans. Il n'éprouvait aucune gêne de la déglutition; pas de douleur dans la région laryngienne. « L'examen laryngoscopique fit constater le long du bord libre de la corde vocale supérieure droite un allongement en forme de massue, cachant presque toute l'entrée du ventricule droit, recouvrant presque toute la face supérieure de la corde inférieure droite, et s'avancant en forme d'excroissance jusqu'à l'entrée du ventricule gauche. Cette excroissance de même nature, de même couleur que la corde dont elle faisait partie, suivait tous les

(1) M. KRISHABER. *Dict. encycl. des sc. médic.* 2^e série, tome I, page 535. 1868.

(2) FAUVEL. *Traité pratique des maladies du larynx*, page 424. 1876.

mouvements de la glotte... Les cordes vocales inférieures étaient extrêmement injectées, rouges... Le malade éprouvait la sensation d'un crachat arrêté près de l'épiglotte, et imprimait des secousses violentes au larynx pour s'en débarrasser, ce qui déterminait de la toux, toux intermittente, quelquefois suffocante. » En présence d'un cas de ce genre, M. Fauvel diagnostiqua une hypertrophie polypeuse de la corde vocale supérieure droite, et essaya de faire la section de cette tumeur avec des pinces. Il ne put y parvenir. Il se servit alors d'un serre-nœud, mais le fil de fer se cassa à plusieurs reprises. En présence de ces tentatives infructueuses, il proposa l'ablation avec l'anse galvanocaustique, mais le malade effrayé ne revint plus. Ainsi que nous le disions, le fait de M. Fauvel se rapproche point par point de notre cas.

Dans ces derniers temps, M. le Dr Gouguenheim a observé à sa clinique hospitalière un malade qui présentait une hypertrophie des deux cordes supérieures remarquable comme configuration. Ces fausses cordes ressemblaient, en effet, à deux tumeurs rouges, sphériques, comparables à deux petites cerises et parfaitement pédiculées.

En somme, on observe, chez quelques malades, des tuméfactions des cordes vocales supérieures, qui présentent la forme de polypes ou de tumeurs, et qui sont constituées par une hypertrophie véritable de la muqueuse et du tissu muqueux sous-jacent. Ces hypertrophies polypoïdes sont loin d'être fréquentes. A la clinique laryngoscopique de l'hôpital Lariboisière qui est abondamment pourvue de malades, nous n'avons eu occasion de voir, pendant dix mois consécutifs que nous y avons passés, que le cas que nous rapportons ci-dessus. La plupart des laryngologistes sont d'accord aussi sur la rareté de cette affection, qui est ordinairement consécutive à une laryngite chronique simple, bacillaire ou syphilitique.

Les hypertrophies des cordes supérieures déterminent quelques troubles fonctionnels, qui ne présentent rien de spécial. La voix est quelquefois simplement voilée, d'autres fois rauque, cassée, exceptionnellement complètement éteinte, en raison de l'intégrité des cordes inférieures.

La toux ne s'observe pas chez tous les malades. Mais quand la tumeur est mobile, son va-et-vient incessant au-dessus de la glotte peut déterminer des quintes de toux pénibles, et quelquefois, comme dans le cas de M. Fauvel, de véritables accès de suffocation.

La respiration n'est gênée que si la tumeur a acquis un volume assez considérable pour fermer l'ouverture supérieure de la cavité laryngienne. Alors, on peut constater de la dyspnée, et même du cornage; mais le plus souvent la production morbide détermine des troubles vocaux d'assez bonne heure; en sorte qu'on peut la diagnostiquer et la traiter avant qu'elle ait acquis des dimensions considérables et dangereuses pour le patient.

La douleur est en général nulle et, quand elle existe, doit être rapportée à une autre cause.

L'examen laryngoscopique fait constater une tumeur tantôt sphérique et régulière, tantôt mamelonnée, d'autres fois prolongée en forme de massue, pédiculée ou sessile, et implantée sur la corde vocale supérieure, avec laquelle elle fait corps, dont elle n'est, du reste, que la continuation, et dont elle possède la consistance et la couleur. Nous n'insistons pas davantage sur ces caractères.

Le *pronostic* de cette affection est bénin, au moins en tant que lésion locale, ordinairement en effet, la tumeur est constatée et traitée, avant qu'elle ait acquis des dimensions considérables, et qu'elle soit devenue dangereuse pour celui qui en est porteur.

Le *diagnostic* ne présente pas de grandes difficultés. C'est surtout avec un polype que l'on pourrait confondre l'hypertrophie. Mais dans le premier cas, l'on a affaire à une production surajoutée, dont il est le plus souvent possible de voir le point d'implantation, tandis que, dans le cas qui nous occupe, le pédicule ou le corps de la tumeur se continue sans ligne de démarcation avec la corde, qui est simplement allongée et augmentée de volume. De plus, sa consistance, est la même que celle de la corde; sa couleur présente le même aspect que celui de la bande ventriculaire, ce que l'on ne trouve pas dans les polypes vrais. Enfin le pédicule est

toujours beaucoup plus large et plus étalé dans la lésion que nous étudions.

Le *traitement* consiste à enlever le plus tôt possible la tumeur, soit avec une pince à polypes, soit avec une pince coupante, ou un serre-nœud. Mais, comme l'on a affaire à un tissu épaissi et hypertrophié, il arrive ordinairement que les pinces sont insuffisantes, elles entament ou éraflent simplement la surface de la production morbide, et ne parviennent pas à la sectionner. De même, les fils des serre-nœuds se cassent, sans résultats. Aussi, d'après nous, doit-on donner la préférence à l'anse ou au couteau galvanocautiques dont l'effet est plus sûr et plus puissant.

Certains auteurs, et Morell-Mackenzie, en particulier, conseillent d'essayer les cautérisations avec le nitrate d'argent, en solution concentrée, ou avec des solutions de chlorure de zinc, de perchlorure de fer. Ces moyens nous paraissent insuffisants; ils doivent être continués pendant un trop long temps, tandis que l'anse galvanocautique peut, en une fois, délivrer le malade de son polype ou de sa tumeur.

II

SUR LA LANGUE NOIRE.

Par le Dr **M. LANNOIS**, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

La première observation de langue noire bien nette qui ait été publiée en France est celle de Maurice Raynaud, à la Société médicale des hôpitaux (février 1869), car il n'est pas bien sûr que les faits antérieurement décrits par Eulenburg et par Bertrand (de Saint-Germain) à l'Académie des sciences (novembre 1855) aient été absolument semblables à ceux que nous avons en vue.

Dans la description de son cas, Maurice Raynaud comparait l'aspect de la langue « à un champ de blé, lorsque, après un

violent orage, les épis mouillés et renversés par la pluie se réunissent en touffes épaisses, couchées et entrecroisées en divers sens. » A la même époque, Gubler, dans le *Dictionnaire des sciences médicales* (t. X, p. 229), consacrait quelques lignes à la *coloration noire extrinsèque spontanée de la langue* et employait aussi la comparaison avec l'herbe versée.

Gubler soupçonna la présence d'un parasite; Maurice Raynaud le décrit et le rapprocha des spores du microphyte de la teigne tonsurante et de l'herpès circiné. Toutefois, en 1875, à la Société médicale des hôpitaux, M. Féréol vint apporter un nouveau cas dans lequel il lui avait été impossible de retrouver les spores décrites par M. Raynaud : aussi considéra-t-il la présence de ces spores comme un simple épiphénomène et donna-t-il à l'affection le nom d'*hypertrophie épithéliale piliforme*. Comme M. Raynaud, dans deux autres cas, n'avait pu mettre en évidence la présence des spores, la question parut définitivement jugée dans le sens indiqué par M. Féréol.

Elle se rouvrit avec une communication de M. Lancereaux, toujours à la même Société (décembre 1876), qui avait observé un homme de 50 ans, dont la nièce était elle-même atteinte et sur lequel il reconnut la présence des spores de Raynaud. Enfin Dessois, dans une bonne thèse (Paris, 1878), vint soutenir la théorie parasitaire, en apportant trois observations probantes avec l'appui de recherches microscopiques faites sous la direction de M. Malassez. Il terminait ainsi son travail : 1° la coloration noire avec hypertrophie des papilles linguales coexiste toujours avec la présence d'un parasite végétal; 2° cette coloration doit être attribuée au microphyte lui-même qui la communique aux gaines épithéliales allongées des papilles; 3° l'hypertrophie papillaire, dont l'existence préalable, par suite d'une idiosyncrasie, présente une condition favorable à l'implantation du parasite, est due principalement à l'irritation nutritive causée par le cryptogame. — Aussi Dessois proposait-il de donner à la maladie le nom de *glossophytie* et celui de *glossophyton* au champignon décrit par Maurice Raynaud.

Depuis cette époque, les observations publiées en France sont peu nombreuses et je ne trouve guère à signaler que deux cas publiés par Pasquier (*Deux cas de glossophytie*, in *Bulletin médical du Nord*, mai 1883) et une observation plus récente de Vernet dans la *Gazette des Hôpitaux* du 31 décembre 1887, sur *Un cas de nigrilie de la langue*. Mais tandis que Pasquier dit avoir retrouvé des spores comme celles décrites par Malassez et Dessois, M. Vernet ne croit pas pouvoir se prononcer entre les deux théories.

A l'étranger, la littérature n'est pas beaucoup plus riche et d'ailleurs certains auteurs, comme Hutchinson (*Med. press. and circular*, II, 1883), cité par Schech, écrivent que, dans un bon nombre des cas publiés, il s'agit d'erreurs cliniques. Dans les cas décrits par Sell (*Intern. Centralbl. für Laryngolo.*, II, 1885), il y avait entre les cellules épithéliales des papilles hypertrophiées de nombreux petits corps arrondis ou ovales, réfractant fortement la lumière, de sorte que l'auteur se déclare également partisan de la théorie mycophytique. Il en est de même de Butlin qui a défendu la théorie parasitaire dans un petit traité des maladies de la langue (voir aussi *Glasgow med. journ.*, janvier 1886).

Ziegler, dans son Traité classique d'anatomie pathologique, emprunte à Dessois sa dénomination de glossophytie et dit que l'affection est aussi décrite sous le nom de *Haarzunge* (*Langue pileuse*). Je dois une mention spéciale aux divers travaux de Schech, privat-docent à Munich. Dans un Traité des maladies de la bouche, de la gorge et du nez, il s'était déclaré pour la théorie parasitaire, mais il n'avait pas alors de cas personnels. Plus récemment (*Die « schwarze Zunge »* in *Munch. med. Wochens.*, n° 14, 1887) il revient sur cette opinion et conclut en disant que, d'après son observation, la langue noire n'appartient pas au groupe des maladies parasitaires, mais à celui des *hypertrophies* « qui s'accompagnent de la transformation cornée et de la pigmentation des tissus ». Enfin M. Roth a publié peu après (*Wien. Med. Presse*, 1887) deux observations de productions pileuses de la langue qu'il croit différentes de la langue noire ; dans un des cas, il n'y avait pas de pigmentation de la langue, et dans l'autre, il

croit pouvoir l'attribuer à la fumée du tabac. Quant à la monographie récente de M. Brosin, je n'ai pu encore me la procurer.

Je ne crois pas cependant que la *langue noire* soit une affection bien rare. Plusieurs de mes collègues m'ont dit en avoir observé différents cas dans ces derniers temps et j'ai pu moi-même, depuis le commencement de cette année, en observer trois faits intéressants. Si on ne les rencontre pas plus souvent, c'est que la langue noire est une affection indolente, ne donnant, le plus souvent, qu'un peu de sécheresse de la gorge, siégeant assez avant sur la partie postérieure de la langue et que les malades ne découvrent souvent que par hasard, de sorte qu'ils n'ont guère l'occasion de s'en plaindre.

Dans mon premier cas, il s'agit d'une jeune fille, atteinte d'un mal de Pott sous-occipital pour lequel elle fit différents séjours dans plusieurs services de l'Hôtel-Dieu, notamment chez les professeurs Ollier et Lépine. Aussi fut-elle examinée très souvent : la langue était immobile, comme fixée sur le plancher buccal, et présentait sur son tiers moyen une large surface d'un brun sale. La tache avait à peu près le diamètre d'une pièce de cinq francs, était un peu irrégulière, commençait immédiatement en avant des grosses papilles du V lingual et arrivait jusqu'au tiers antérieur de la langue. Bien qu'elle occupât les deux côtés de la ligne médiane, sa plus grande partie était sur le côté gauche de la langue et il était facile de s'assurer que la coloration était due à des papilles hypertrophiées et pigmentées répondant parfaitement à la description de M. Raynaud et de Gubler. Je n'ai pas fait de recherches particulières sur ce cas et d'ailleurs l'observation ne m'appartenant pas, je ne crois pas devoir insister davantage.

J'ai observé mon deuxième malade dans le service de M. Perret, que j'avais l'honneur de suppléer à l'hôpital de la Croix-Rousse. Il s'agissait d'un ancien tabétique qui était depuis longtemps dans le service et qui présentait les signes classiques de la maladie : signe de Romberg, absence de réflexe patellaire, douleurs fulgurantes revenant par accès et

laissant dans leurs intervalles des douleurs continues plus supportables et vraisemblablement d'origine névritique, myosis et signe d'Argyll-Robertson, mouvements ataxiques, etc. Un matin il appela mon attention sur un léger degré de pharyngite et pendant l'examen je m'aperçus facilement que sa langue était atteinte de la glossophytie de Dessois. Comme chez la malade précédente, la tache noire occupant la base de la langue, avait la largeur d'une pièce de cinq francs et occupait un peu plus le côté gauche que le droit. Elle était cependant un peu moins arrondie que dans le cas précédent et sa coloration était manifestement plus noire. Au premier abord il semblait qu'un magma informe fût simplement déposé sur la langue; mais en essayant de le détacher, on s'apercevait facilement qu'il était composé de productions ressemblant à des poils agglomérés par la salive. Ces poils étaient d'ailleurs fort longs, car quelques-uns atteignaient bien près d'un centimètre et ressemblaient assez bien aux poils d'un chapeau qui auraient été mouillés et brossés à l'envers.

Ils étaient très adhérents et, pour en obtenir quelques-uns, il fallut racler assez fortement le dos de la langue avec un couteau de table. Au microscope ils se présentent sous forme d'une masse irrégulièrement enchevêtrée, constituée par les filaments qui laissent voir dans leurs intervalles des débris alimentaires, de grosses cellules épithéliales et à, un plus fort grossissement, toutes les bactéries qu'on rencontre habituellement dans la bouche. Leur coloration varie depuis le blanc légèrement teinté jusqu'au brun fortement coloré; en faisant agir les acides dilués ou les bases comme la potasse et la soude, on voit les filaments accentuer les irrégularités de leur surface et devenir très semblables à de petits fragments de mousse ou à de petits épis de blé barbu. Si les solutions alcalines ont agi longtemps, les filaments sont nettement contractés et fendillés.

A un plus fort grossissement, il est facile de voir que ces filaments colorés sont formés par des papilles allongées et dont les cellules épithéliales durcies sont emboîtées les unes dans les autres comme des cornets d'oublie, avec la pointe

tournée vers la périphérie. C'est d'ailleurs à la périphérie qu'il est le plus facile de constater cet emboîtement des cellules les unes dans les autres. La plupart de ces filaments sont entourés d'une sorte de gaine de couleur gris cendré qui en double au moins le diamètre; cette gaine entoure complètement la production pileuse et la coiffe à son extrémité.

Avec un fort grossissement, on voit, comme l'ont indiqué plusieurs auteurs, et en particulier Dessois, que cette gaine n'est pas homogène, mais bien finement granuleuse et que les granulations sont formées par de petits corps ovales ou arrondis, nettement réfringents, paraissant avoir tous les caractères des spores (notamment ne prennent pas les couleurs d'aniline). Dessois a figuré ces petits corps en séries linéaires très régulières, dirigées perpendiculairement à l'axe de la production pileuse; je n'ai pas retrouvé cette disposition aussi nette. Les corps réfringents étaient un peu disséminés ou réunis en petites masses d'un côté ou de l'autre du corps. Nulle part je n'ai rien vu qui eût l'apparence d'un mycélium.

Il est à remarquer que ces spores ne pénètrent pas dans l'épaisseur des couches cornées épithéliales, quelle que soit l'intensité de leur coloration, et que la gaine elle-même est à peine colorée. Si ce sont bien elles qui donnent la coloration de la langue noire, on peut se demander par quel procédé elles fabriquent le pigment et comment il est fixé par les cellules de l'épithélium. Je me suis demandé si ces spores ne pourraient être cultivées et donner des produits de culture colorés. M. Courmont a bien voulu faire quelques essais dans le laboratoire de M. Arloing, mais ils n'ont rien donné. Les vacances ont empêché la continuation de ces recherches qu'on sait délicates à cause des nombreux microbes qui habitent la bouche; mais elles seront reprises.

J'avais déjà écrit ces lignes, lorsque j'ai vu mon troisième cas dans le service de M. H. Mollière, que j'avais également l'honneur de suppléer. C'était un homme de 62 ans, qui avait souffert d'une dysenterie tenace pendant plus de six semaines et qui, à bout de ressources, était entré à l'hôpital

où il se remît rapidement. Il buvait beaucoup et se plaignait d'avoir toujours la bouche sèche. Pas de sucre dans les urines. Lui aussi était porteur d'une plaque de langue noire, plus nettement arrondie que dans les deux cas précédents et placée plus exactement sur la ligne médiane. Mais la teinte était beaucoup moins foncée que dans les cas précédents; la plaque était d'un brun sale et les filaments papillaires n'avaient pas plus de 3 à 4 millimètres de hauteur. La langue était rouge sur les bords, la sécrétion buccale acide. Quant à l'état général il est resté assez précaire.

En résumé, la *langue noire* est uniquement constituée par la production de longs filaments papillaires ayant une coloration uniforme sur toute l'étendue, mais variant du brun clair au brun noir. Les filaments sont constitués par l'hypertrophie des papilles normales de la langue recouvertes de cellules épithéliales durcies et emboîtées. Enfin le filament ainsi constitué est entouré d'une gaine l'enveloppant complètement et contenant des spores en abondance. Au point de vue clinique, cette affection gêne peu le malade et on ne la rencontre guère que par hasard, car c'est à peine si le porteur accuse un peu de fétidité de l'haleine ou, plus souvent, de sécheresse de la bouche et de la gorge.

J'ai déjà dit que les auteurs étaient divisés sur la nature de cette affection, même en laissant de côté des points de détail comme l'influence de la fumée de tabac à laquelle on a voulu faire jouer un rôle étiologique. Pour les uns, depuis M. Féréol jusqu'à Schech, la langue noire est un simple trouble trophique, c'est une *hypertrophie épithéliale piliforme*. Pour les autres, au contraire, et nous avons vu que ce sont les plus nombreux, cette hypertrophie épithéliale piliforme doit avoir pour cause immédiate l'irritation produite sur les papilles de la langue par un microbe ou par un champignon qui reste à déterminer.

Pour ma part, je crois devoir me ranger à cette deuxième opinion, car, autrement, on ne s'explique pas bien la production d'une affection locale s'accompagnant d'une pigmentation aussi prononcée. Ce qui semble d'ailleurs bien prouver l'intervention d'un agent pathogène produisant un pigment,

c'est l'observation de Roth, dans laquelle les papilles hypertrophiées étaient restées décolorées. Toutefois il faut faire intervenir la question de terrain et deux de mes trois observations montrent bien l'importance des troubles trophiques, puisque, dans un cas, il s'agissait d'une ataxie locomotrice à phénomènes céphaliques des plus nets, et dans l'autre d'un mal de Pott sous-occipital avec des lésions de la langue plus marquées encore. Dans le troisième cas, la débilitation générale avec acidité de la bouche semble bien avoir joué le rôle de cause prédisposante. Ainsi donc, j'admettrai un trouble de la nutrition locale (maladie du système nerveux ou maladie générale) comme préparant le terrain sur lequel évoluera le micro-organisme, cause déterminante de l'hypertrophie papillaire et de la pigmentation brune.

La langue noire a des caractères objectifs assez tranchés pour que je croie inutile de faire le diagnostic avec les diverses affections qui peuvent colorer, plus ou moins fortement et avec plus ou moins de durée, la surface de la langue (matières colorantes diverses, maladie d'Addison, etc.).

Le traitement est simple : il suffit de racler fortement les parties atteintes et à employer les solutions fortement alcalines. Souvent ces pratiques suffisent, mais parfois aussi la langue noire récidive, de sorte qu'il est difficile de déterminer sa durée, d'autant plus que les malades, ne se sentant pas bien atteints par cette petite affection, sont rapidement perdus de vue (1).

(1) Cette note a été lue à la *Société des Sciences médicales de Lyon* (séance du 31 octobre). Dans la discussion qui suivit, MM. Horand et Weill dirent que fréquemment la langue noire se développe chez des diabétiques. Aussi, toutes les fois qu'on la rencontrera, devra-t-on pratiquer l'examen des urines.

BIBLIOGRAPHIE.

Étude médico-psychique sur les sourds-muets, par le Dr A. ROYER, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Lyon. — (Paris, Ollier Henry, 1888.)

Malgré tout ce qui a été écrit sur ce point, l'intelligence des sourds-muets est encore un sujet de controverses très vives. Aussi accueille-t-on toujours avec intérêt les travaux qui paraissent sur cette question délicate, surtout lorsqu'ils sont dus à la plume d'hommes aussi compétents que le Dr Royer ; celui-ci en effet n'a pas été seulement pendant longtemps chef de clinique à l'asile de Bron, mais encore pendant six années il a été médecin de l'institution des sourds-muets de Villeurbanne et a pu étudier avec soin 80 des enfants qui y furent placés. Notons en passant que sur ce nombre il note 23 cas de surdité congénitale, 48 de de surdité acquise et 9 douteux, ce qui fait pour la surdité congénitale, le chiffre un peu fort de 28,7 0/0.

Les conclusions de cet excellent travail sont d'ailleurs très prudentes. Rien ne permet, dit M. Royer, de faire un classement rigoureux en ce qui concerne l'intelligence des sourds-muets.

Dans la surdité congénitale, on devra craindre des troubles cérébraux, surtout quand on trouvera dans les antécédents héréditaires, la folie, l'épilepsie, l'idiotisme. La surdi-mutité chez les ascendants a peu d'influence sur l'intelligence des sourds-muets.

Dans la surdi-mutité acquise, lorsqu'elle n'est pas due à des accidents cérébraux, l'intelligence est habituellement intacte. La coïncidence de l'hydrocéphalie (et les mentions de M. Royer montrent qu'elle est fréquente) est habituellement l'indice d'une intelligence peu susceptible de développement.

Au point de vue médico-légal, chaque cas doit être examiné en particulier.

Au point de vue de l'éducation, il faut distinguer deux catégories : les uns, les plus nombreux, peuvent parcourir les divers degrés de l'enseignement, même l'enseignement supérieur. Les autres ne sont susceptibles que d'une instruction tout à fait élémentaire.

M. LANNOIS.

SOCIÉTÉS SAVANTES ÉTRANGÈRES

Vingt et unième congrès d'otologie américain. (Américain otological Society 17 juillet 1888.) (*The medical Record*, 28 juillet 1888.) Présidence du Dr J. S. PROUT.

I. *Traitement du vertige de Ménière par la résection du tympan*, CH. H.-H. BURNETT. — *Burnett*, dans un cas de vertige de Ménière accompagné de tintements et de sensation de plénitude dans l'oreille, trouva le tympan dans la portion qui correspondait au manche du marteau adhérent au promontoire. L'incision du tympan et du marteau, faite il y a deux mois, après anesthésie par l'éther amena un soulagement complet. L'enclume fut détachée de l'étrier, mais l'osselet s'échappa dans la caisse et *Burnett* renonça aux tentatives pour l'extraire craignant de produire une trop grande irritation. Il n'y eut pas de diminution pratique dans l'audition.

Tansley, chez une petite fille ayant subi la résection du tympan, a observé, sur un point où restait un débris de membrane, une nécrose limitée du rocher. Toute l'oreille s'était remplie de productions polypeuses et il existait des phénomènes cérébraux graves. L'enfant guérit, mais il regarde une opération qui peut entraîner de tels accidents comme très sérieuse.

Burnett attribue les accidents à la portion de membrane laissée, ce qui constitue une faute opératoire.

Sexton a pratiqué très souvent cette opération avec succès. Il s'efforce surtout d'empêcher la membrane du tympan de se reformer, car il a vu cette réformation s'accompagner de perte de l'ouïe. Pour cela, il touche le bord de la perforation avec une solution d'acide salicylique dans l'éther.

II. *Catarrhes nasopharyngiens d'origine réflexe*, par BUCK. — *Buck* appelle l'attention sur l'influence que diverses affections exercent par acte réflexe sur la production du catarrhe nasopharyngien. Il a vu quatre fois ce catarrhe lié à des affections dentaires. Il l'a vu survenir à la suite de troubles gastro-intestinaux, présentant des exacerbations après l'injection d'aliments de digestion difficile. Chez une malade, la guérison du catarrhe fut obtenue sans traitement direct, en traitant simplement une périmérite, et une rétroversion utérine dont elle était atteinte. *Noyes* a observé un fait analogue.

Tansley a souvent observé le catarrhe nasopharyngien chez des jeunes filles anémiques ou chlorotiques à la suite de constipation. Cet ordre de cause se rapprocherait des troubles gastro-intestinaux de Buck.

Risley rappelle l'influence de la diathèse gouteuse; Sexton celle des stomatites.

III. 1^o *Angiome polypeux de l'oreille*, par HUNTINGTON RICHARDS. *Huntington Richards* a enlevé en deux opérations successives, faites à un jour d'intervalle, un angiome polypeux de l'oreille chez une petite fille de six ans. Le pédicule s'insérait sur le tympan au niveau de la petite apophyse du marteau. Il fut, après l'ablation, cautérisé à l'acide chromique. L'hémorragie, profuse au cours des opérations, fut extrêmement abondante.

2^o *Néomembranes pathologiques simulant le tympan*, par HUNTINGTON RICHARDS.

Chez un malade devenu sourd d'une oreille à l'âge de 32 ans sans avoir présenté de ce côté qu'une légère otite de l'enfance, l'auteur trouva, en examinant le conduit auditif, une membrane qui différait de la membrane du tympan par sa couleur, sa forme, son inclinaison, son épaisseur. La surface en était parfaitement lisse. Une incision triangulaire fut faite dans cette membrane sans causer de douleur et permit d'apercevoir le tympan en même temps que l'ouïe se trouvait recouvrée.

Sulphen pense qu'il s'agissait dans ce cas d'une occlusion cicatricielle. *Theobald* partage cette opinion et rapporte un fait où, à la suite de suppuration, l'occlusion avait eu lieu des deux côtés.

Mathewson a vu une membrane, en forme de diaphragme avec un très petit orifice, développée à la suite d'eczéma. La dilatation par les bougies de laminaire, rétablit l'audition.

IV. *Nystagmus horizontal à la suite d'otites suppurées*, par Kurr. — L'auteur rapporte trois faits de nystagmus horizontal transitoire lié à une inflammation purulente de l'oreille moyenne. Dans un des cas, ce nystagmus apparut au cours d'une mastoïdite suppurée au moment où on pressait sur la tuméfaction pour en faire sourdre le pus dans le canal. Le malade ressentit dans la tête une violente secousse, et le nystagmus apparut. Il persista dix minutes. Pour le reproduire, il suffisait de presser sur le foyer purulent. La trépanation de l'apophyse mastoïde mit fin à ces accidents. Dans un autre cas, il se produisit, au cours d'un lavage fait dans un abcès rétro-auriculaire suite d'otite, au mo-

ment où le liquide poussé violemment refluit dans l'oreille. Dans le troisième, enfin, survenu spontanément au cours d'une otite supprimée, il fut plus persistant et dura quatre jours. Dans ce cas, il s'accompagna de vertiges.

Un serre-nœud perfectionné, par le Dr TANSLEY.

Le perfectionnement consiste à empêcher la cassure et la secousse produite par l'enlèvement d'un polype, accident causant une douleur quelquefois très vive.

BUREAU pour le congrès de 1889.

18 septembre 1889, — Washington.

Président Dr J. S. PROUT; vice-président GORHAM BACON; — trésorier J. J. B. VERMYRE; — Comité A. MATTHESON. — SAINT JOHN ROOSA. — JOHN GREEN.

A. F. FLICQUE.

Section otologique du grand Congrès américain de Washington,

18 septembre 1888 (*Medical Record*, 22 septembre 1888).

Rôle physiologique principal de la membrane du tympan, par S. O. RICHEY. — Se fondant sur des considérations d'embryologie et d'anatomie comparée, Richey admet que ce rôle est avant tout de prévenir la dessiccation de l'oreille interne. Il montre comment cette dessiccation a lieu peu à peu par exosmose quand la caisse du tympan communique par une large perforation avec l'air extérieur. Il rappelle l'atrophie progressive de l'oreille interne observée de même, quand la trompe d'Eustache est extrêmement large. — Comme conclusion pratique, on ne doit établir qu'avec beaucoup de réserve une ouverture chirurgicale permanente dans le tympan.

Abcès cérébral consécutif à une nécrose étendue du temporal, par GORHAM BACON. — Un homme de 40 ans atteint depuis deux ans d'une carie du rocher, suite d'otite moyenne avec paralysie faciale et abcès fistuleux près du méat auditif, fut pris subitement de vives douleurs de tête, de fièvre et d'aphasie. L'apophyse mastoïde n'était pas gonflée, et une incision de ce côté ne donna rien. Mais une incision du muscle temporal conduisit en suivant le trajet purulent sur un abcès profond renfermant environ une cuillerée de pus. Après deux jours d'amélioration, réapparition des accidents. Contre-ouverture par une trépanation au niveau de la circonvolution de Broca. On ne trouve pas de pus à ce niveau, mais on place un drain allant dans le foyer de la base. — Mort au bout de deux jours par suite d'une hé-

morragie secondaire due probablement à une lésion de l'artère cérébrale moyenne au moment du passage du drain.

Otite moyenne compliquée d'irido choroidite et d'abcès du cou, par O. D. POMEROY. — Au cours d'une otite moyenne, apparition de pus dans la chambre antérieure de l'œil. Une perforation se produisit malgré la paracentèse, et l'on dut finalement pratiquer l'énucléation. Peu après survenait un abcès profond du cou communiquant avec le conduit auditif externe. Après l'incision, guérison complète.

Otites purulentes chroniques de la caisse du tympan, par C. H. BURNETT et SAMUEL SEXTON. — La longue persistance de ces otites est due pour Burnett, à l'insuffisance de l'évacuation du pus par les perforations spontanées. La flaccidité du tympan, la présence des osselets ne permettent qu'un écoulement défectueux. Les lavages à l'eau oxygénée, à la solution phéniquée forte, l'élargissement de la perforation et même l'incision du tympan avec ablation des osselets amèneront ordinairement la guérison.

Samuel Sexton préconise la même opération, mais surtout parce qu'il croit que les altérations des osselets et de leurs articulations ont une grande part dans l'entretien de la suppuration. La section de la corde du tympan au cours de l'opération ne semble pas entraîner d'inconvénient durable.

Traitement des otites moyennes par l'acide borique en poudre ou en solutions concentrées, par S. THEOBALD. — Theobald préfère les solutions à la poudre qui peut faire corps étranger, s'opposer à la cicatrisation du tympan, et peut aussi empêcher le libre écoulement du pus. Il rappelle des faits d'otites suppurées moyennes où la mort paraît avoir été causée par cet inconvénient de l'acide borique en poudre.

Rapports des maladies du nez et de l'oreille, par J. O. TANSLEY. — Tansley signale la fréquence des maladies de l'oreille à la suite des maladies du nez et étudie la pathogénie (congestions veineuses, altérations de la trompe d'Eustache). Le traitement de l'affection nasale par le galvanocautère amène parfois une inflammation purulente de l'oreille. Tansley préconise surtout les moyens médicaux, les pulvérisations, les astringents.

Mauvais effets de l'usage du téléphone sur l'organe de l'ouïe, par CLARENCE J. BLAKE. — L'effort fait pour l'audition, l'action des vibrations métalliques sur le tympan tendu par cet effort, fatigueraient particulièrement l'organe de l'ouïe. A. F. PLICQUE.

Congrès rhinologique américain de Cincinnati

12-14 septembre 1888

(Medical Record, 29 septembre 1888.)

J. E. SCHADLE. — *Chorée du voile du palais.* — Une jeune fille nerveuse, atteinte d'une hypertrophie de l'amygdale pharyngienne et d'une rhinite hypertrophique des cornets inférieur et moyen, présenta comme complication une véritable chorée palatine. Les mouvements convulsifs des muscles élévateurs accolaient le luetle au pharynx et l'en séparaient alternativement, produisant un claquement perceptible à distance et analogue au tic-tac d'une montre. Le traitement médical par les antispasmodiques et l'électricité demeura infructueux. La cautérisation de l'amygdale amena une suspension des mouvements qui persista quinze jours, mais la chorée reparut à la suite d'une contrariété. Le traitement de la rhinite, par le galvanocautère, amena la guérison complète. La seule application de cocaïne suspendait les mouvements pour une demi-heure.

J. NORTH. — *Relations entre les maladies du nez et les maladies nerveuses.* — North montre que la névrosthénie est souvent produite par un catarrhe nasopharyngé et cède au traitement dirigé contre ce catarrhe. Dans un rapport étiologique inverse, il croit que la rhinite est moins souvent une inflammation vraie qu'un trouble nerveux réflexe produit par la parésie du grand sympathique, ce qui ne l'empêche pas d'ailleurs d'être, à son tour, le point de départ d'autres actes réflexes : asthme, fièvre de foin, etc.

T. F. RUMBOLD. — *Influence des inflammations nasales sur l'intelligence.* — Une inflammation aiguë des fosses nasales, peut être accompagnée non seulement de paresse d'esprit, de dépression intellectuelle, mais encore de véritables troubles mentaux. Ces troubles peuvent, dans la rhinite chronique, passer à l'état permanent. Ces faits se comprennent, d'ailleurs, en songeant aux rapports étroits de circulation entre les fosses nasales et l'encéphale.

E. G. KEGLEY. — *Hypertrophie des amygdales avec complications spéciales.* — Homme de 43 ans, présentant des attaques de catarrhe oculo-nasal, analogue à celui de la fièvre de foin, très pénible. L'ablation des amygdales hypertrophiées, fit cesser immédiatement une de ces attaques très violentes. Depuis, santé parfaite.

R. S. KNOBE. — *Obstructions intranasales.* — Utilité du traitement hygiénique et local (applications de cocaïne, de solution chromique faible) après le coryza aigu, pour empêcher la chronicité et prévenir les obstructions.

A. G. HOBBS. — *Intervention chirurgicale dans les gommages des fosses nasales.* — Utilité de cette intervention combinée au traitement spécifique dont l'action est parfois lente et insuffisante.

A. B. TRASHER. — *Traitement chirurgical du catarrhe nasal.* — Thrasher regarde le traitement médical général et local comme insuffisant pour la guérison complète, dans la plupart des cas. Il s'explique mal la réserve qu'on apporte aux interventions.

A. F. PLICQUE.

Association laryngologique américaine. — Washington, 18, 19, 20 septembre 1888 (*Médical Record*, 22 septembre 1888).

Ulcérations imaginaires de la langue. — G. M. LEFFERTS insiste sur le siège unilatéral ordinairement à gauche. Il a obtenu quelques améliorations par la cocaïne, l'électricité, les injections hypodermiques, mais pas de guérison. — BOSWORTH signale, comme cause locale, l'irritation des papilles et, comme cause générale, l'hystérie. — INGALLS attribue une influence à l'usage immodéré du tabac. De plus, les malades sont souvent rhumatisants. Il a obtenu de l'arsenic d'excellents résultats.

Sténose sous-glottique traitée par la dilatation, par F. DONALDSON. — Après une laryngite *a frigore* apparition d'accidents dyspnéiques intenses et persistants. A l'examen, néomembrane lisse bien nette au-dessous des cordes vocales fermant presque complètement l'espace circulaire formé par le cricoïde. Pas de syphilis. La dilatation, faite avec beaucoup de patience et de prudence, amena la disparition de la membrane dont il ne resta qu'un mince anneau au niveau des points d'implantation.

Sténose du larynx et de la trachée, par C. SEILER. — Un enfant de six ans avait le larynx entièrement rempli de végétations ne permettant pas le passage de l'air. La trachéotomie avait dû être faite et la canule avait causé des ulcérations profondes et était entièrement entourée de bourgeons charnus. — L'ablation de toutes les végétations fut faite par la laryngotomie. Bien qu'il y eût un rétrécissement trachéal cicatriciel, l'enfant parle et respire par le larynx de plus en plus facilement. Néanmoins, il porte encore une canule.

Rétrécissement cicatriciel du larynx à la suite d'ulcérations tu-

berculeuses, par J. SOLIS COHEN. — Traitement par la dilatation, après l'incision d'une portion de tissu induré qui offre des bacilles et des cellules géantes. Les ulcérations continuent à progresser et la malade finit par succomber. — Dans la discussion, la plupart des orateurs rejettent la dilatation comme ne donnant, dans ces formes de sténose, que des résultats peu satisfaisants et tout à fait temporaires.

Nouveau procédé intermédiaire entre l'intubation et la trachéotomie, par E. HOLDEN. — Holden présente un appareil formé de deux minces lames d'argent, qui sont introduites entre les cordes vocales par une petite incision de la membrane cricothyroïdienne. Deux prolongements extérieurs, réunis par une charnière, permettent ensuite de leur donner le degré d'écartement désirable. — Il présente également, en insistant sur ses avantages comme facilité d'introduction et comme tolérance, une canule à trachéotomie du Dr Gouguenheim, canule longue et terminée par une extrémité flexible en tube-spirale, employée dans un cas de tumeur cancéreuse de la glande thyroïde, consécutive à un cancer du larynx.

Bons effets des séjours d'altitude dans la phtisie laryngée, par CLINTON WAGNER. — Ces effets seraient surtout remarquables aux premières périodes avant les ulcérations. Dans la discussion, Glasgow estime que les altitudes modérées, de 1,000 à 1,200 mètres, donnent de meilleurs résultats que les altitudes excessives. Il s'agit plutôt d'arrêt que de guérison véritable surtout pour les cas avancés. Il est fréquent, quand les malades ont quitté les stations, d'observer des rechutes complètes.

Trouble réflexe auriculaire analogue à la fièvre de foin, par J.-N. MACKENZIE. — Femme de 42 ans, éprouvant, depuis plusieurs années à chaque mois de juin, des démangeaisons dans l'oreille avec congestion, gonflement, sécrétion non purulente, surdité temporaire. Ces phénomènes persistent environ quatre semaines et disparaissent subitement. Rien dans le nez ni la gorge. La maladie reste unilatérale, frappant alternativement l'oreille droite et l'oreille gauche.

Centre laryngomoteur, par D. BRYSON DELAVAN. — Travail exposant le résultat de nombreux examens encéphaliques à l'autopsie de sujets ayant souffert de paralysie laryngée.

Edème aigu de la région sus-épiglottique et de la partie inférieure du pharynx, chez un diabétique. Disparition en trois jours, par E.-J. MOURE.

Plusieurs observations de parasites des fosses nasales, par D.-N. RANKIN.

Œsophagotomie interne, par J. O. ROE. — Roe préconise le traitement des rétrécissements de l'œsophage, par l'œsophagotomie interne avec incisions multiples et entièrement petites. Ce moyen, qui n'offre pas les dangers des grandes incisions, prête mieux à la dilatation consécutive.

Influence des troubles digestifs sur les maladies des voies respiratoires supérieures, par BEVERLEY ROBINSON. — Beverley établit l'influence heureuse qu'un traitement eupeptique peut avoir sur des catarrhes du larynx et des fosses nasales.

Anatomie des fosses nasales, par HARRISON ALLEN. — Allen signale, entre autres points, l'asymétrie entre la fosse nasale du côté droit et celle du côté gauche. Une disposition tout à fait symétrique est absolument l'exception.

Étude photographique des modifications du larynx pendant le chant, T. R. FRENCH. — French, au moyen d'un très grand nombre de photographies instantanées, montre comment ces modifications évitent, au moyen d'un changement de registre, une tension excessive des cordes vocales dans les notes élevées.

Occlusion osseuse congénitale des fosses nasales postérieures, par C. H. KNIGHT. — Cette variété d'occlusion est très rare. Son diagnostic est assez facile en faisant le toucher derrière le voile du palais. Après la destruction de la paroi osseuse par la tréphine nasale et le galvano-cautère, il se produit souvent de nouvelles occlusions fibreuses. Mais celles-ci sont loin de déterminer la même gêne. Souvent, il persiste du côté affecté un état de sécheresse très marqué de la muqueuse. — Le soulagement procuré par le traitement n'est pas moins considérable.

Antisepsie dans la chirurgie nasale, par C. C. RICE. — Rice insiste sur son importance et ses difficultés. Il rappelle combien les phénomènes septicémiques, les érysipèles et, à un degré plus léger, les élévations de la température sont fréquents après les opérations nasales. — La présence de germes nombreux dans les mucosités des fosses nasales et dans l'air qui les traverse, la facilité du gonflement de la muqueuse qui favorise la rétention des liquides d'exsudation, rendent l'antisepsie difficile. Rice recommande d'éviter l'emploi des tampons serrés, des poudres même antiseptiques qui favoriseraient cette rétention. — Il recommande, avant toute opération, un lavage antiseptique extrêmement large.

Ch. E. SAJOURS. — *Traitement de quelques formes d'enrouement.* Quand les cordes vocales sont gonflées et vasculaires, Sajours fait des applications répétées et très limitées avec l'acide chromique porté sur des tiges d'aluminium.

J. E. MULHALL. — *Substitution d'un registre inférieur à la voix de tête obtenue par l'éducation des muscles du larynx.*

A. W. MAC COY. — *Sarcome de l'amygdale.* — Femme de 44 ans. La tumeur qui offrait au début l'aspect d'une amygdalite folliculaire, prit en quelques mois un accroissement très rapide, envahissant le pharynx, le palais, la base de la langue, les gencives, les joues. Déglutition presque impossible, dès le huitième mois; troubles dyspnéiques nécessitant la trachéotomie. Mort le dixième mois.

S. W. LANGMAID. — *Papillome du larynx chez un enfant. Large implantation et adhérence aux deux cordes vocales.*

F. H. HOOPER. — *Effets des diverses excitations des récurrents.* Chez le chien, des courants faibles avec vingt à trente interruptions par minutes, appliqués sur les récurrents laissent les cordes vocales séparées. Avec vingt-huit à quarante interruptions, les cordes vocales sont rapprochées en avant, séparées en arrière. Les courants intenses les ferment à partir de vingt vibrations. — Chez le chat, il faut, pour obtenir cet effet, un nombre de vibrations doubles.

F. H. BOSWORTH. — *Paralysies pharyngées et laryngées dues à des lésions bulbaires.*

E. FLETCHER INGALS. — *Enchondrome sous-glottique.* Grande amélioration par des applications d'acide chromique porté sur des tiges d'aluminium. Ces applications, bien que très légères, réduisent beaucoup la tumeur. La disparition complète aurait été probablement obtenue si le malade avait persévéré.

H. W. DALY. — *Traitement des hypertrophies de la muqueuse nasale.* Aux larges excisions, aux cautérisations, Daly préfère, surtout dans les hypertrophies vasculaires et molles, de simples scarifications peu profondes et provoquant seulement de légères hémorragies.

A. F. PLICQUE.

PRESSE ÉTRANGÈRE.

Contribution à la pathologie et à l'anatomie pathologique de l'oreille, par le professeur WAGENHAUSEN, de Tübingen. (*Archiv. für Ohrenheilkunde*, 16 décembre 1887.)

Recherche anatomique sur un cas de malformation de l'oreille gauche. — Il s'agit d'un enfant né environ dix semaines avant terme, et qui mourut une heure après sa naissance. Il pesait 1,600 grammes, avait 40 centimètres de longueur. Fontanelles très grandes; pied gauche varus, contracture des muscles fléchisseurs des deux avant-bras, et formation rudimentaire de l'oreille gauche.

Voici quel était l'état de cette oreille :

Le pavillon de l'oreille était formé par un bourrelet large de 4 millimètres, et peu saillant, à courbure supérieure arciforme, dirigée en avant, et en bas, dans une étendue assez large, il s'aplanissait peu à peu pour arriver au niveau de la peau environnante. La longueur du bourrelet était de 14 millimètres, il était constitué par un mince cartilage recouvert de peau. En avant de lui, on apercevait une fossette peu profonde à grand diamètre dirigé de haut en bas.

Le conduit auditif cartilagineux manquait totalement.

L'écaille du temporal paraissait normale au point de vue de sa configuration extérieure : fossette glénoïde, scissure de Glaser sont absolument normales.

Le temporal vu par la cavité crânienne ne présentait rien de particulier à signaler. L'orifice pharyngien de la trompe et son conduit cartilagineux étaient bien conformés.

En faisant la section du temporal gauche, on constate l'absence de l'anneau tympanique, la portion squameuse est régulièrement constituée. La caisse du tympan est régulière en haut, l'articulation du marteau et de l'enclume est normale, mais la partie inférieure de la caisse est occupée par une masse osseuse, qui fait saillie en avant et en arrière, échaneré en arc de cercle à sa partie moyenne. Entre cette masse osseuse et la paroi du labyrinthe s'étend la portion supérieure de la caisse qui est crevassée, fendillée et réduite dans de faibles proportions; dans ces crevasses viennent se loger des prolongements osseux, en forme d'aiguilles qui partent du marteau et de l'enclume.

L'étrier et ses muscles, les fenêtres du labyrinthe, l'orifice tympanique de la trompe, les muscles tenseurs du tympan, n'existent pas et sont remplacés par la masse osseuse décrite.

Les autres parties sont normales.

On voit que, dans ce cas, comme dans la plupart de ceux où il existe des malformations de l'oreille, les anomalies portent sur l'oreille externe et l'oreille moyenne, tandis que l'oreille interne est intacte.

C. HISCHEMANN.

Un cas de toux en rapport avec une affection de l'oreille, par

PERCY JAKINS. (*Practitioner; in Journal de médecine et de chirurgie pratique*, août 1887.)

L'auteur cite un fait d'obstruction double des deux conduits auditifs par du cérumen ayant déterminé indépendamment de la surdité une toux opiniâtre accompagnée de tous les signes rationnels d'une véritable phthisie. Tous ces signes disparurent après le nettoyage des deux oreilles.

A. G.

Chancre mou de l'oreille moyenne, par le Dr GURANOWSKI.

(*Deutsche med. Zeitung; in Lyon médical*, n° 6, 6 février 1887.)

Cas peut-être unique, dans la science, dit l'auteur. Il s'agit d'une jeune servante atteinte de chancre mou des parties génitales, à forme phagédénique; l'auto-inoculation eut lieu, en prenant du tabac, sur la cloison des formes nasales; pendant le traitement de cette rhinite, on vit se développer une otite moyenne aiguë, à gauche, avec perforation du tympan. Cette explication étiologique était d'autant plus plausible que, peu après, se développèrent de petites chancres sur le tragus et le conduit auditif externe.

Comme traitement, application de poudre d'iodoforme et lavage de la trompe avec l'eau boricuée au moyen du Politzer. La guérison fut assez rapide.

A. G.

Catarrhe aigu de l'oreille avec vertige, parésie du nerf facial et œdème de la paupière du même côté, par Wm. C. AYRES.

(*New Orleans Med. and Surg.*, janvier-avril 1887.)

D'après l'auteur, le catarrhe aigu de l'oreille causait le gonflement des parties molles du canal de la corde du tympan dans son trajet à travers le temporal; de là obturation du canal, compression du nerf et parésie des muscles de la face du même côté. Le vertige était dû à la pression de l'étrier sur la fenêtre

ovale. Le tympan ne faisait qu'une légère saillie en dehors, donc la tension intérieure était minime et ne suffisait pas à paralyser entièrement le nerf ; on sait qu'un lavage du tympan, même pratiqué doucement, peut causer le vertige. Dans le cas actuel, la guérison se fit par de simples insufflations d'air causant l'expulsion du liquide.

R. L.

Rétrécissement des voies aériennes, par le Dr LUBLINSKI. (*Société de médecine de Berlin*, 15 juin 1887 ; in *Bulletin médical* du 19 juin 1887.)

Le Dr Lublinski, il y a quelques semaines, vit arriver à sa consultation un jeune homme de 19 ans, présentant les signes d'une sténose trachéale très manifeste. Sur le cou se voyait la cicatrice d'une trachéotomie pratiquée à l'âge de deux ans pour une diphthérie. Les premiers symptômes de la sténose avaient paru à quatre ans. Le laryngoscope lui permit de constater un rétrécissement de la trachée, au niveau de la cicatrice du cou. Ce rétrécissement n'était pas une conséquence de la plaie trachéale.

Dans ce cas, les symptômes de sténose suivent rapidement l'opération. Ils sont liés au tissu de granulation qui se développe au niveau de la plaie. Chez son malade, il admet qu'au cours de la diphthérie, il s'était produit une ulcération, et que la sténose a été le fait de la rétraction du tissu inodulaire qui a succédé à cet ulcère.

Il a employé, chez ce malade, une sonde élastique creuse qu'il a introduite à travers la glotte au delà du rétrécissement. Il fit dix-huit fois ce cathétérisme. Maintenant, on peut faire pénétrer une bougie de 1 à 2 centimètres, tandis que le premier jour il était difficile de faire passer une bougie de 4 millimètres. Le malade ne présente plus de cornage.

La marche est bien différente dans le rétrécissement qui succède aux granulations charnues. Un négociant de 20 ans s'était présenté, il y a deux mois, pour de l'enrouement. L'examen laryngoscopique permit de voir dans le larynx trois fausses dents et une plaque de caoutchouc. Le malade dit alors que depuis dix-huit jours il s'était aperçu de la disparition de ces dents. Il ne fut pas possible d'extraire ces corps étrangers par la voie naturelle. On fit la trachéotomie. La plaie était cicatrisée le huitième jour. Mais, fort peu de temps après, le malade revint, présentant les signes d'un rétrécissement très marqué. On put voir une tumeur constituée par des bourgeons charnus qui

s'étaient développés au niveau de l'incision. Il fallut faire une seconde fois la trachéotomie.

Lublinski guérit encore, par la dilatation progressive, quatre autres rétrécissements, l'un d'origine syphilitique, les autres consécutifs à des goîtres.

Papillomes multiples du larynx, par F. GANGHOFNER. (*Centralbl. f. Kniderk.*, n° 5, 1887.)

Le sujet observé était un enfant de 4 ans qui, à la suite d'une rougeole et d'une coqueluche, survenues quatre mois auparavant, eut des troubles de la voix et de la respiration de plus en plus prononcés. La dyspnée devint si intense qu'on fut obligé de pratiquer la trachéotomie. L'enfant succomba quinze heures après. *A l'autopsie*, on trouva le larynx rempli de productions polypeuses, d'excroissances papillaires, de véritables crêtes de coq, recouvrant les cordes vocales et implantées aussi à la paroi antérieure, près de la commissure. Dans les poumons, on constata de la congestion et des foyers de pneumonie lobulaire et même caséuse; les ganglions cervicaux et bronchiques, hypertrophiés étaient aussi le siège d'infiltration tuberculeuse et caséuse.

Nous avons aussi rencontré, de notre côté, chez des enfants et des jeunes gens, cette variété polypeuse de la tuberculose laryngienne, fort peu connue, du reste, et qui n'est nullement décrite dans les monographies et les traités classiques.

A. G.

Gomme syphilitique de la trachée, traitée avec succès par l'iodure de potassium à haute dose, par ROB. LUCAS. (*Brit. med. journ.*, 24 décembre 1887.)

La tumeur siégeait au niveau des deux premiers anneaux. La malade, femme d'un âge moyen, prit, pendant cinq à six mois, quinze à vingt grains (0^{gr},75 à 1 gr.) d'iodure de potassium. (Il paraît que ce médicament n'est employé, en Angleterre, qu'à très faible dose pour que l'auteur appelle un gramme une forte dose.)

Quoi qu'il en soit, la malade guérit complètement au bout de ce temps.

C. HISCHEMANN.

Ablation d'une tumeur du larynx ayant mis 25 ans à s'accroître, par CH. A. TODD. (*St Louis Cour. of Med.*, janvier 1888.)

Homme de 50 ans, présentant un papillome qui remplissait complètement le larynx où il naissait de la partie antérieure, près de la base de l'épiglotte. Dyspnée, accès de suffocation.

Des tentatives d'examen antérieures n'avaient produit que des hémorragies. Todd commença la section de la base de la tumeur avec une corde de piano, disposée dans une canule comme un écraseur et en enleva ainsi une partie. Le reste fut enlevé en plusieurs fois avec des pinces malgré la dureté de certaines parties implantées sur les ventricules et presque ossifiées. Le malade continue ses occupations et sa vie extérieure tout le temps sans ressentir cependant d'inconvénients. Il restait une tuméfaction de la corde droite avec tendance aux granulations; acide tannique, gargarismes d'eau salée.

R. L.

Combinaison des ulcérations laryngées tuberculeuses et syphilitiques, par J.-D. ARNOLD. (In *San Francisco Pacific med. and surg. journ.*; in *Monatsch. f. Ohrenheilkunde*, 1887.)

Les recherches de Schnitzler de Vienne, de Grunwald, de Munich, ont montré récemment l'évolution clinique de cette combinaison. Cette étude, autrefois soupçonnée et affirmée à priori de par le raisonnement, n'était nullement entrée dans une phase utile en raison de l'incertitude, et même des contradictions qui régnaient dans la science à son sujet.

Des auteurs éminents, après avoir établi un diagnostic, assez vague du reste, entre la syphilis tertiaire et la tuberculose du larynx, allaient jusqu'à déclarer impossible la reconnaissance des formes hybrides.

Et cependant, on conçoit de quelle importance clinique et surtout thérapeutique est la solution de cette question. Sans parler de la possibilité d'une semblable association morbide qui peut exister en même temps dans le poumon (les recherches de Pan-critius ont établi la fréquence de la syphilis pulmonaire, et la facilité avec laquelle elle peut et doit être souvent confondue, dans la pratique, avec la phtisie bacillaire), l'intérêt, rien qu'en ce qui concerne le larynx, est déjà grave, souvent vital. On sait en effet, la tendance qu'a la syphilis à produire la sténose du conduit aérien et, dans certains cas, la rapidité de sa marche. L'iode de potassium a calmé bien des fois la dyspnée en pareil cas, et ce n'est pas sur la sténose d'origine tuberculeuse, mais sur l'élément surajouté, sur l'infiltration syphilitique que l'on a agi.

Dans la majorité des cas, il est véritablement possible d'établir la possibilité du diagnostic et le cas d'Arnold confirme pleinement l'opinion que nous adoptons. La simple lecture de l'observation suffirait, à elle seule, pour permettre d'affirmer qu'il

s'agit là d'une association, d'un cas hybride, de syphilo-tuberculeuse laryngée. Au reste, dans ce fait, la syphilis était avérée et l'autopsie a montré la réalité de la tuberculeuse.

Un homme de 28 ans, atteint de phthisie pulmonaire et en même temps de syphilis présentait des lésions laryngées pour lesquelles on le soumit au traitement spécifique (iode et mercure). Les ulcérations qui siégeaient sur les cordes vocales et sur l'épiglotte guérissent sous l'influence de la médication. Mais la tuméfaction des régions aryénoïdiennes et une ulcération étendue située dans l'espace intra-aryénoïdien, qui coexistaient avec les ulcérations de l'épiglotte et des cordes, ne furent nullement amendées.

Le sujet succomba ultérieurement avec les manifestations d'une entérite tuberculeuse.

P. T.

Une cause inconnue de nombreux maux de gorge, par LENNOX BROWNE. (*St Louis Weekly Med. Rev.*, 8 octobre 1887.)

Chez des gens qui se plaignent d'éprouver à la gorge de la chaleur, du froid, ou bien la sensation d'un corps étranger, d'un poids avec accompagnement de spasme, de toux, de vertige laryngé, on constate à l'examen au laryngoscope un état variqueux et même hémorrhoidal des veines de la base de la langue et parfois aussi de l'épiglotte avec gonflement des papilles caliciformes gênant ce dernier organe. Chez ces malades on trouve le plus souvent des troubles de la circulation et une tendance généralisée aux varices. L'alcool, le tabac, l'abus de la voix seraient les causes les plus fréquentes. Traitement général par les purgatifs, la digitale, l'ergot; localement chlorure de zinc, perchlorure de fer; pastilles de muriate d'ammoniaque.

R. L.

Carcinome. Extirpation du larynx. Succès, avec rétablissement de la respiration et de la phonation normales, par STØRCK, de Vienne. (*Wiener med. Wochens.*, 1887, n° 50; — *Journ. of Laryng. and rhin.*, mars 1888.)

Papillome opéré chez un homme en 1873. Carcinome en 1885. Trachéotomie faite quelques années avant. Støreck enlève le larynx, après tamponnement de la trachée, laisse la paroi postérieure et l'épiglotte. Déglutition possible, larynx artificiel. Il fallut enlever peu après la canule laryngée. Il existe maintenant deux bandelettes muqueuses de formation nouvelle, qui permettent au malade de bien parler. La canule trachéale est maintenant fermée.

R. L.

Association de la syphilis et de la tuberculose dans le larynx par GRUNWALD, de Munich. (*Munch. Med. Woch.*, n. 21, 22, 1887; in *Journ. of laryng. and rhin.*, n° 10, 1887.)

On peut être certain qu'il y a association de ces deux maladies si sur le larynx on trouve des cicatrices franches avec une destruction progressive, surtout au niveau de la partie en dehors de l'épiglotte et s'il y a en même temps des papillomes de l'espace interaryténoïdien dont la naissance est rapide ou qui récidivent après l'opération.

R. L.

Tumeur tuberculeuse du larynx, par MAX SCHAFFER, de Brème et DIETRICH NASSE, de Göttingen. (*Deutsche med. Wochens.*, n° 15, 1887; in *Int. Cent.*, f. laryng.)

Schaffer enleva, en 1884, une tumeur du volume d'un pois, implantée sur l'extrémité postérieure de la corde vocale gauche, au voisinage du cartilage aryténoïde et se prolongeant dans l'espace interaryténoïdien et la région inférieure du larynx. La surface était légèrement inégale, gris-rosé. La consistance était ferme. Pas d'ulcérations. Et le sujet, âgé de 33 ans, alors d'apparence saine, mourut plus tard phthisique.

L'examen pratiqué par Nasse montra que la tumeur était formée en partie de tissu conjonctif et en partie de tubercules agglomérés. Les tubercules contenaient des cellules géantes et des bacilles de Koch. Nasse rappelle à ce sujet les cas connus de Kidd, Schnitzler, J. Makenzie et Fox.

Nous devons ajouter que les observations de ce genre de phthisie laryngée ne sont pas aussi rares que l'auteur semble le croire. Sans parler des cas récents, qui ont été publiés dans ces dernières années, sans parler des travaux d'Ariza, de Madrid, et surtout des recherches de M. le Dr Gouguenheim, auquel revient le mérite d'avoir rappelé l'attention sur ce sujet, il y a longtemps que les tumeurs tuberculeuses du larynx avaient été décrites en France. Mandl, en 1872, en a donné une description claire, complète, précise, et il a représenté un cas de ce genre dans son ouvrage.

P. T.

Hypertrophie chronique des bandes ventriculaires, par BERNARD TAUBER, de Denver, Colorado. (*Cincinnati Lancet-Clinic*, 1887; in *Intern. Centralbl. f. laryng.*, 1887.)

Ce que l'auteur décrit sous ce nom consiste en un épaississement inflammatoire des cordes vocales supérieures qui peut être uni ou bilatéral.

Dans la plupart des cas, une seule corde supérieure est prise, soit dans toute son étendue, soit dans une partie seulement.

Il est de règle que le reste du larynx soit normal. L'auteur a observé 82 cas de cette lésion, dans un laps de quinze ans. Sur ces 82 faits, 57 se rapportent à des hommes, 25 à des femmes. La plupart des sujets avaient dépassé l'âge de la puberté. Dans 52 cas, la bande ventriculaire droite était seule atteinte; dans 12, la bande ventriculaire gauche, dans 18, les deux bandes étaient prises à la fois.

L'opinion de l'auteur est qu'il faut incriminer principalement, sinon exclusivement, les variations de température intenses et subites, si fréquentes dans la vallée de l'Ohio, où il exerçait autrefois.

Il a employé dans ces cas, avec de bons résultats, la résorcine.

Résorcine 0,75 à 1 gramme, pour 30 grammes d'eau.

Ces états de bandes ventriculaires sont loin d'être rares. On sait qu'ils se rencontrent dans toutes les laryngites chroniques hypertrophiques. Mais nous devons faire remarquer qu'en pareil cas, il s'agit souvent, au moins dans nos climats, de tuberculose. L'hypertrophie d'une bande ventriculaire, voilant la corde vocale sous-jacente est un aspect du larynx, que le miroir révèle souvent aux premiers stades de la tuberculose laryngée, qu'il existe ou non en même temps d'autres lésions, plus caractéristiques, au niveau de la paroi postérieure du larynx.

P. T.

Cas de diphthérie laryngée avec un emphysème sous-cutané intense, par TORDAY. (*Arch. f. Kinderheilk.* Band VIII, Heft 6 in *Journ. of laryng. and rhin.*, novembre 1887.)

La trachéotomie fut refusée par les parents, malgré une obstruction considérable du larynx; il s'ensuivit un emphysème sous-cutané débutant par le dos, et s'étendant en quelques jours à tout le corps de l'enfant. C'était probablement causé par la rupture d'une alvéole à la suite de la respiration exagérée pour lutter contre l'obstacle. Ces cas sont rares et se terminent ordinairement par la mort.

R. L.

Corps étrangers des voies aériennes, par L. COUNT de Chilton; WISCONSIN. (*Journ. of the Am. Med. Assoc.*, 17 septembre 1887, in *Journ. of laryng. and rhin.*, novembre 1887.)

Peuvent tuer en quelques heures ou après de longues souffrances.

frances avec destruction d'un ou des deux poumons et des signes très analogues à la tuberculose, sans que l'on puisse soupçonner la vraie cause de la maladie.

L'auteur croit que les corps étrangers de la bronche gauche ne tuent pas aussi vite qu'à droite, car cette dernière étant plus large, il reste plus d'espace pour respirer, différence ne s'étendant cependant pas à plus de six mois. Les statistiques donnent 46,87 0/0 de mort de plus, dans le cas d'intervention. R. L.

Paralysie des muscles du larynx comme symptôme du tabes dorsalis, par WEGENER. (*Inaugural Dissertation*, Berlin 1887; in *Journ. of laryng. and rhin.*, novembre 1887.)

L'auteur rapporte 8 cas anciens et y ajoute deux nouveaux. Aspect presque identique au laryngoscope, c'est-à-dire immobilité permanente des cordes vocales en position médiane. Nécessité de l'examen laryngoscopique dans les affections centrales, comme aidant considérablement le diagnostic. Wegener s'est loué de l'emploi du bromure de potassium et regarde par suite les crises laryngées comme des spasmes dont le premier facteur est la paralysie des abducteurs. R. L.

Aspect d'un larynx environ vingt ans après extirpation d'un épithélioma, par la voie extérieure, par J. SOLIS COHEN (*Med. News.*, 3 décembre 1887.)

On avait enlevé, chez un homme de 30 ans, une large portion de la corde vocale gauche et toute la muqueuse du ventricule gauche, en même temps que des masses de végétations constatées au microscope être de nature épithéliomatense. Les cautérisations et le morcellement par la bouche n'ayant rien donné, il avait fallu, après trachéotomie préalable, attaquer la tumeur à son siège même; après grattage, les parties à nu furent badiageonnées au nitrate acide de mercure (33 1/3 0/0). Le malade guérit et, suivant l'avis de C., habita les pays chauds. A l'occasion d'une laryngite, Cohen eut l'occasion d'examiner son opéré, dont la voix, suivant son expression propre, s'entendait à un mille. Au laryngoscope, on constata qu'un tissu de formation secondaire, remplaçant la corde vocale gauche, s'était produit aux dépens du ventricule oblitéré, en grande partie, par ce renversement.

R. L.

Hernie du sac laryngé, par J. SOLIS COHEN. (*Med. News.*, 17 décembre 1887.)

Retrécissement du larynx après excision de tumeurs malignes,

par neision externe du larynx; il avait pour cause des adhérences cicatricielles et des récidives sur différents points de la glotte. Par des procédés intra-laryngés (incision, excision, etc.), pendant plus d'un an, il fut dilaté complètement après une période pendant laquelle la phonation, pourtant satisfaisante, s'accomplit seulement par les cordes vocales supérieures.

Pendant la phonation, les cordes vocales s'approchent et finissent par se juxtaposer; alors le sac d'Hilton gauche se trouve projeté brusquement dans le larynx, présentant l'aspect comme si une corne de l'os hyoïde venait de se disloquer; enfin le sac droit est projeté de même en avant, mais à un moindre degré. Le sac gauche semble une petite tumeur ronde du volume d'une petite cerise, beaucoup plus pâle que le reste du larynx, par suite de la distension de la muqueuse.

R. L.

Hématome traumatique du larynx, par J. W. GLEITSMANN de New-York. (*Med. Record.*, 29 octobre 1887.)

Un homme de 49 ans reçut sur la gorge un violent coup de poing qui amena une perte de connaissance suivie d'hémoptysies abondantes avec perte de la parole et violentes douleurs dans la région. Cet état continua pendant six jours, les douleurs en déglutissant le forçant à une alimentation liquide. La voix était enrrouée et rauque.

A l'examen, pas de fracture; au laryngoscope, grosse tumeur rouge sombre, de la forme de la langue, la base plus large pointant de la partie externe de la paroi postérieure du larynx vers la droite; s'amincissant, elle recouvrait le cartilage aryténoïde droit, pénétrait dans le larynx par l'espace inter-aryténoidien et se terminait en pointe à sa paroi postérieure; elle était sous-muqueuse, pas de sang à sa surface. A gauche, larynx normal; la corde vocale supérieure formait un corps rouge sombre recouvrant l'inférieure qui, pendant la phonation, avait l'aspect d'une mince ligne rouge. On ne distinguait pas le ventricule de Morgagni; mouvements respiratoires et phonatoires du larynx faibles à droite, sans parésie pourtant. Petit à petit, les tuméfactions diminuèrent et on finit par apercevoir près de l'aryténoidé droit, une érosion de la muqueuse, qui pourrait bien être le point de départ. L'intéressant de ce fait est l'extravasation simultanée du sang à la partie postéro-externe comme dans la partie droite, en dedans du larynx.

Traitement purement d'expectoration, pulvérisations légèrement astringentes.

R. L.

Contribution à l'étude de la périchondrite du larynx, avec mention spéciale de la syphilis, par LEWIN G. de Berlin. (*Charité An.*, XII, p. 728, 1887, in *Journ. of laryng. and rhin.*, 1888.)

Cas de périchondrite spécifique, avec mort subite. A l'autopsie, tout le cartilage cricoïde était transformé en un abcès par périchondrite. Le cartilage le plus fréquemment affecté est l'aryténoïde, puis le cricoïde, enfin le thyroïde. Le processus et la symptomatologie de ces cas varient suivant que la maladie est primitive ou secondaire. La périchondrite syphilitique se caractérise par absence de douleur. Le processus peut progresser ou rétrocéder. En cas de spécificité non traitée, la périchondrite gommeuse peut aboutir à un abcès prompt à s'ouvrir, puis le cartilage séquestré est expulsé pendant la toux. Dans la forme secondaire, la guérison survient souvent avec des rétrécissements cicatriciels et l'ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes.

Traitement anti-syphilitique; trachéotomie en cas de sténose accentuée.

R. L.

Large papillome du larynx. — Extirpation avec la curette. — Guérison, par WROBLEWSKI. (*Klinika*, n° 22, 1887, in *Journ. of laryng. and rhin.*, janvier 1888.)

L'auteur se croit le premier qui ait employé la curette pour extirper un gros papillome qui, partant du tiers inférieur de l'épiglotte, fermait presque complètement l'ouverture du larynx, ne laissant qu'un espace suffisant pour une très petite sonde. Tumeur immobile, gêne respiratoire extrême, signes de périchondrite chronique avec collection purulente autour du cartilage thyroïde. Polypes des narines gauches. Pas de syphilis. Le malade avait souffert six ans. Trachéotomie inter-crico-thyroïdienne, sans léser le cricoïde. Pendant plusieurs jours, écoulement de pus par la canule. Six jours après, ablation de portions de papillome, au moyen de la curette tranchante d'Hering, terminée à la sixième séance. Enlèvement de la canule le vingtième jour; à la sortie, il ne restait plus qu'une mince cicatrice sur l'épiglotte, ne gênant en rien ses mouvements.

La tumeur était principalement composée de tissu de granulation. L'auteur regarde l'origine de la tumeur comme une simple périchondrite inflammatoire, avec nécrose partielle et élimination des parties nécrosées du cartilage thyroïde.

R. L.

Deux cas d'abcès intra-laryngés idiopathiques, par MACDONALD,

GREVILLE de Londres. (*Lancet*, 14 septembre 1887, in *Journ. of laryng. and rhin.*, janvier 1888.)

1^o Femme de 40 ans, probablement syphilitique; énorme gonflement au niveau de la corde vocale supérieure droite; du pus crémeux en sortit à la ponction. Macdonald croit ce pus causé par un inflammation aiguë, survenant après une laryngite chronique.

2^o Femme de 38 ans: tumeur mince, rouge sombre, un peu transparente partant en dedans du repli aryténo-épiglottique droit et reposant en apparence, sur la bande ventriculaire. Issue de pus comme dans le premier cas. Dans l'un et l'autre, guérison rapide après évacuation.

R. L.

Des affections du Larynx dans la pneumonie croupieuse, par

LANDGRAF. (*Charité annalen*, 1887, p. 277, in *Journ. of laryng. and rhin.*, janvier 1888.)

De 80 pneumonies vues par l'auteur, deux s'accompagnaient d'ulcérations sur les cordes vocales. Un des malades succomba, l'autre guérit avec cicatrisation.

R. L.

Rétrécissement syphilitique de la trachée et des bronches, par

SOKOTOWSKI. (*Gaz. Lekarska*, n^o 37, 38, 1887; in *Journ. of laryng. and rhin.*, janvier 1888.)

Fait rare, impossible à diagnostiquer au début. Plus tard, à la période de sténose, l'asphyxie est bien caractérisée par la dyspnée et le tirage. Causes fréquentes, la syphilis acquise chez l'homme, héréditaire chez l'enfant. Généralisée seulement au début. L'auteur a vu deux cas: 1^o un jeune homme de 19 ans, toussant depuis trois ans, dyspnée nocturne depuis trois mois, dans une de ces attaques, il dut la vie à une trachéotomie rapide et succomba dans la nuit à une attaque plus violente. A l'autopsie, grande sténose de la trachée due à des cicatrices et à la compression des nerfs récurrents laryngés par les ganglions lymphatiques énormément hypertrophiés; les bronches pleines de mucus, cause probable de la mort avec la paralysie des dilatateurs de la glotte; 2^o homme de 56 ans, dyspnée et accès d'asphyxie survenue 22 ans après contagion syphilitique. Trachéotomie pendant un accès, mort 5 mois après de pneumonie. Pas d'autopsie; mais, par l'existence d'ulcères profondes typiques et des cicatrices sur le corps, d'exostoses sur le tibia et de paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, l'auteur fonda son diagnostic de sténose syphilitique sur la ressemblance de ce cas avec le précédent et d'autres rapportés.

R. L.

De l'érésipèle laryngé primitif, par BERGMANN, de Riga. (*St Petersb. med. Woch.*, n° 50, 91; in *Journ. of laryng. and rhin.*, février 1888.)

Un jeune garçon de 6 ans devient subitement fiévreux et dyspnéique. Au laryngoscope, gonflement de l'épiglotte et du repli ary-épiglottique. Partie antérieure du cou rouge et tuméfiée. Deux jours après, érysipèle cutané étendu à la poitrine et à l'abdomen. Larynx guéri.

Trois jours après, le frère fut pris des mêmes symptômes, mais le gonflement du larynx fut si grand que la trachéotomie inférieure devint nécessaire. Trois jours après, le gonflement du larynx avait disparu et la canule put être enlevée. R. L.

Lymphome du larynx, des paupières et des méninges, par BÉALE E. CLIFFORD, de Londres. (*Lancet*, 15 oct. 1887; — *Journ. of Laryng. and Rhin.*, fév. 1888.)

Femme, 41 ans; depuis 2 ans adénite bilatérale sterno-mastoïdienne. Mort subite. Tumeur d'origine lymphoïde frontale sous la dure-mère et ayant perforé le crâne. Au cou, masses glandulaires plus ou moins indurées; pas de signes d'hypertrophie amygdalienne récente; à la base de la langue et dans les replis glosso-épiglottiques gauches, infiltration lymphatique. Épiglotte épaissie, infiltrée du côté du larynx, bord libre normal. Le dépôt lymphoïde était limité aux régions siège normal de ce tissu, très abondant dans et autour des ventricules. Le gonflement était parcouru par de profonds sillons. Glandes lymphatiques nulle part hypertrophiées, sauf deux masses autour de la rate. R. L.

Maladies nerveuses causées par des affections des fosses nasales, par FINNE (*Norsk mag. for lægevideaskaben*; in *Revue internat. des sc. méd.*, n° 7, 1887).

Trois observations, la première, de névralgie faciale; la deuxième, d'attaques dyspnéiques nocturnes; la troisième, de violents accès d'asthme, survenant la nuit, accompagnés d'un léger bruit nasal pendant les deux temps de la respiration; dans le premier et le second cas, il s'agissait d'une rhinite hypertrophique; dans le troisième, le malade avait des polypes du nez. Un traitement approprié guérit les malades de ces accidents.

A. G.

Des déformations de la cloison, par GEUZMER (Halle). (16^e Con-

grès de la société allemande de chirurgie; in *Revue de chirurgie*, n° 12. 1887.)

L'auteur pense que ces déviations sont la suite de traumatisme et de fractures, le plus souvent, fractures consolidées vicieusement. Il propose la résection des parties proéminentes, au moyen d'un bistouri boutonné. Cette opinion sur l'étiologie des déformations de la cloison n'est pas acceptée par Volkman et Trendelenbourg qui pensent que ces affections sont presque toujours des déformations congénitales.

A. G.

Abcès du sinus maxillaire, par KRAUSE. (*Société de méd. de Berlin*, séance du 9 mars 1887; in *Bulletin médical* du 16 mars 1887.)

L'auteur est d'avis que la plupart des abcès du sinus maxillaire étaient causés par la propagation de l'inflammation des fosses nasales dont la muqueuse est irriguée par les mêmes vaisseaux que ceux du sinus. Le diagnostic est quelquefois difficile, il a dû recourir à la ponction exploratrice. Suit une discussion à laquelle prennent part Hartmann, Baginsky, Lublinski, Schadevald et Virchow. Sur 16 abcès de ce genre, Hartmann n'en a trouvé qu'un seul d'origine dentaire. Il fait le diagnostic avec une sonde coudée et guérit sans opération en faisant des lavages. Baginski et Lublinski ont presque toujours constaté l'origine dentaire que Virchow admet comme conforme à l'anatomie : en effet, les racines dentaires sont souvent en rapport avec la muqueuse du sinus sans interposition de lamelle osseuse.

Sur l'étiologie du rhinosclérome, par R. PALTAUF et A. VON EISELSBERG. (*Fortschritte der medicin*, n°s 16, et 20 1886; in *Gaz. méd. de Paris*, 11 déc. 1887.)

Examen de 6 cas, dont les résultats sont conformes aux examens de Cornil et Alvarès (analysés par les *Annales* en 1886). Voici les conclusions de ces recherches : 1° dans les foyers de rhinosclérome, il existe toujours des bactéries caractéristiques, avec capsule d'enveloppe; 2° on peut isoler, en cultivant le suc des tissus pathologiques, une seule et même variété de bactéries semblables à celles qui existaient dans les tissus; 3° on n'a jamais constaté d'autres bactéries; 4° ces bactéries offrent des analogies avec celle de la pneumonie fibrineuse (cocci capsulés de Friedlander); 5° inoculées à des cobayes et à des souris, elles provoquent des lésions de la plèvre, des abcès hypodermiques et la mort; 6° on n'a pu en inoculer aux animaux d'affection semblable au rhinosclérome; 7° des cultures faites avec la sécré-

tion nasale ont donné naissance à des bactéries de même nature.

A. G.

Deux cas d'occlusion congénitale des narines, par W. C. JARVIS. (*New York Med. News; in Journ. of laryng. and rhin.*, n° 10, 1887.)

Il s'agit d'abord d'un homme de 18 ans avec obstruction complète des deux narines. De chaque côté on voyait une cupule au centre d'une membrane blanche et brillante; la gauche était percée d'un petit trou. Le cartilage fut incisé avec les instruments spéciaux de l'auteur. Un an plus tard il fallut répéter l'opération pour la narine droite. Dans le second cas, obstruction des narines par un tissu osseux, l'opération réussit également.

R. L.

Guérison d'une tumeur naso-pharyngienne récidivée par l'électrolyse, par P. RUFUS LINCOLN, de New-York. (*Med. News; in Journ. of laryng. and rhin.*, n° 10, 1887.)

Première opération un an avant, deuxième six mois plus tard; une large excroissance occupait la moitié des narines postérieures; elle fut traitée par l'électrolyse, deux aiguilles du pôle négatif introduites par les narines antérieurement, le pôle positif sur la poitrine. En 16 applications, à 3 ou 4 jours d'intervalle, la tumeur disparut.

R. L.

Coryza et son traitement, par DAVID B. FRONTIS. (*New Orleans Med. and Surg. Journ.*, avril 1887.)

Le coryza est un réflexe; il peut naître, comme l'a prouvé Eichhorst, sous une influence purement psychique; il faut diviser son traitement suivant deux périodes: celle de congestion et d'hyperesthésie, celle de sécrétion et d'exsudation. Dans la première, employer le bromure de potassium, la belladone associée au sulfate de quinine; localement la cocaïne ou le menthol; dans la deuxième, la poudre de Dower en petites doses, seule ou avec la quinine; ou bien encore les inhalations de salicylate d'ammoniaque. De plus, irrigations nasales d'eau salée tiède.

R. L.

Polype nasal avec névralgie, fièvre de foin, asthme se rattachant à l'ethmoïdite, par WOAKES EDWARD. (*London H. K., Lewis*, 1887; *in Journ. of laryng. and rhin.*, mars 1888.)

L'auteur semble attribuer à l'ethmoïdite une bien grande part dans les troubles de l'appareil nasal; il s'étend dans des théo-

ries fort hypothétiques et arrive à résumer ainsi ses conclusions :

1° Tous les polypes du nez sont dus à une nécrose de l'os ethmoïdien ;

2° Une variété de phénomènes réflexes distants ont là leur origine, par implication du système du grand sympathique.

R. L.

Contribution clinique à la localisation du centre de l'odorat,
par CARBONIERI. (*Rivista clinica*, n° 9 ; in *Int. Centralbl. f. laryng.*, 1887.)

Un homme de 27 ans, qui succomba ensuite à une péritonite tuberculeuse, avait souvent une sensation odorante pendant quelques minutes. Il éprouva ensuite de la douleur de tête et des vomissements.

A l'autopsie, on trouva une tumeur tuberculeuse de la grosseur d'une noix (bacilles) dans la circonvolution occipito-temporale droite, et celle de l'hippocampe, où l'on place le centre de l'odorat.

P. T.

Fièvre de foin, par J. E. BELL d'Overton (Georgia). (*Unit. Stat. Hay Fever Assoc. An report*, in *Journ. of laryng. and rhin.*, novembre 1887.)

Ouvrage ayant remporté le deuxième prix et cherchant à renverser la théorie de la névrose, au profit de la pathogénie, par l'action du pollen sur les muqueuses. Voici les conclusions :

1° Trouble primitivement et essentiellement local, dû à l'effet d'un irritant spécifique sur certaines muqueuses exposées à l'air chez des personnes prédisposées.

2° Cette prédisposition réside à la surface des parties affectées et n'est pas nécessairement pathologique.

3° Les irritants agissent ordinairement par contact direct ; cependant la même action peut résulter de leur introduction dans l'estomac, d'où ils passent dans la circulation et impressionnent la muqueuse par une espèce d'affinité élective.

4° Les troubles éprouvés résultent d'une sympathie de la constitution avec la lésion locale.

5° Des quantités et des contacts analogues de la substance irritante donneraient lieu aux mêmes symptômes chez les personnes susceptibles, sans tenir compte du temps ni de la saison.

Adeptes de la théorie du pollen, il regarde naturellement la question sous un jour très sombre et regarde la maladie

comme incurable. Parmi les remèdes palliatifs, il recommande fortement l'inhalation d'huile de piment qui sert surtout contre le picotement insupportable des yeux. Les émanations, s'étendant sur la conjonctive, produisent un larmolement abondant, qui fait cesser le picotement.

R. L.

De la rhinite chronique comme cause d'acné de la face, par C. SEILER. (*Philadelphia Med. Soc. et Saint-Louis Med. Rev.*, 29 octobre 1887.)

L'auteur croit que les corps caverneux du nez irrités agissent sur la circulation si sensible de la peau de la face et du cou et altèrent l'action des glandes sébacées, en modifiant la circulation de leur périphérie; opinion renforcée par ce fait que lorsque la face rougit à la suite d'une excitation morale, les corps caverneux du nez se gonflent; le contraire a lieu quand le visage devient pâle. Il croit que les cas observés par lui ne sont pas complètement suffisants pour assurer sa théorie, mais croit néanmoins à la grande influence de la rhinite atrophique en particulier, sur l'acné de la face.

R. L.

Un cas d'écoulement aqueux abondant par le nez, après une chute sur la tête, par MATHIESEN Norvège. (*Norsk Magazin for Laegevidenskalien*, janvier 1887, in *Journ. of laryng., and rhin.*, novembre 1887.)

Chute sur le temporal gauche, chez un enfant de 13 ans, perte de connaissance, suivie de vomissements, épistaxis. Dix-huit jours après, pesanteur de tête; l'écoulement, d'un goût salé, débuta par la narine gauche, abondant surtout quand le malade se penchait en avant; on rassembla 25 grammes en deux heures. Après une semaine de durée, l'écoulement s'arrêta, cinq jours après vomissements, œdème de la paupière supérieure gauche et des parties voisines, ramollissement de la cicatrice temporale. Tous ces symptômes disparurent cinq jours plus tard et le malade recouvra complètement la santé. L'examen du liquide montra des leucocytes dégénérés, quelques filaments muqueux et des cellules épithéliales plates; faiblement alcalin, albumineux, de plus, chlorure de sodium et du sucre.

R. L.

Cas de rhinosclérome, par SCHNELTHESS. (*Ziemssens Arch.*, Band LIX, in *Journ. of laryng. and rhin.*, novembre 1887.)

Il y avait trois tumeurs sur la face: une sur le nez et deux situés sur les sacs lacrymaux; la première large comme une

noisette, de consistance cartilagineuse, couvrait la partie droite du nez dont les autres parties étaient également dures. Les autres tumeurs de même nature et de même consistance. La voûte palatine rouge, épaissie, saignait au contact. A la place de la luette détruite existait un trou. La paroi du pharynx adhérait au voile du palais. Le laryngoscope dévoila un rétrécissement de la trachée. Trachéotomie il y a deux ans, la canule est encore conservée. Le début remonte à 1868 et eut lieu par les yeux; le nez est pris depuis 1879. Pas de traces de syphilis; un traitement antispécifique fut sans effet.

R. L.

Des micro-organismes dans les sécrétions nasales, par REIMANN. (*Inaug. Dis Würzburg* 1887, in *Journ. of laryng. and Rhin.*, janvier 1888.)

L'auteur a trouvé des bacilles et des cocci dans les sécrétions nasales normales; il a également trouvé un bacille dans les sécrétions de l'ozène, mais jamais le pneumocoque décrit par Thost.

R. L.

Angines infectieuses, par FRAENKEL. (*Soc. de méd. int. de Berlin*; in *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 16 juin 1887.)

M. Fraenkel rappelle ces cas signalés par Gerhardt, de pharyngite érysipélateuse et de néphrite d'origine amygdalienne, les recherches de Löffler sur la présence du bacille diphthérique, et les siennes sur l'existence d'un streptocoque spécial dont l'invasion hors du foyer primitif pharyngien provoquerait des accidents infectieux de la scarlatine et de la fièvre puerpérale.

M. Fraenkel rapporte deux observations. Dans l'une, à la suite d'une angine, le malade avait présenté des phénomènes infectieux et ubiquitaires; épanchement pleural, péricardite suppurée, abcès rétro-pharyngien. Un même streptocoque, celui qui existait sur la muqueuse du pharynx, fut trouvé dans le liquide pleural ou péricardique et dans le pus de l'abcès.

Dans l'autre, le malade présentait, à la suite d'une angine, des accidents que l'on crut paludéens. Trois semaines après, il succombait, avec une endocardite ulcéreuse et un abcès amygdalien. Un même streptocoque se trouvait dans le pus des amygdales et les végétations endocardiques.

M. Furbringer n'attribue pas un rôle aussi décisif aux microbes. Ils peuvent manquer ou appartenir à des variétés différentes: streptocoque et staphylocoque existant ensemble. Lui

aussi a observé des cas d'angine infectieuse où il existait des microbes et cite l'observation : 1° d'une angine ordinaire suivie de septicémie mortelle; 2° d'une angine avec phénomènes typhoïdiques, abcès sous-maxillaires et septicémie; 3° d'une angine suivie d'abcès de l'amygdale, de méningite, puis d'endocardite; 4° d'une pharyngite d'apparence diphthéroïde, suivie de pneumonie infectieuse et consécutive à une entérite. A l'autopsie on trouva une ulcération du cæcum.

Tuberculose de l'œsophage, par ZEMANN. (*Société méd. imp. et roy. de Vienne*, janvier 1887; in *Progrès médical*, 5 fév. 1887.)

Zemann, assistant d'anatomie pathologique, a étudié cette affection qui, dit-il, n'est pas aussi rare qu'on l'a prétendu; il l'a trouvée 6 fois sur 100 tuberculeux. Déjà notre grand écrivain, Louis, cité par Zemmann, l'avait rencontrée 6 fois sur 120 individus. Elle se présenterait sous trois formes :

1° C'est une propagation des tubercules des poumons ou des ganglions thoraciques; la terminaison peut être une perforation de l'œsophage ou des bronches, ou de la trachée. Les ulcérations peuvent être très étendues, 2 à 3 centimètres;

2° C'est une propagation des ulcérations tuberculeuses du larynx ou du pharynx, 2 fois sur 100 malades. La cause de l'immunité fréquente de l'œsophage est dans son épithélium stratifié et très résistant; mais cet épithélium vient-il à être détruit par un traumatisme, la brûlure, par exemple, l'infection ne tarde pas à se produire.

3° Ce serait la suite d'une contamination directe par les crachats (faits de Bruns et d'Eppinger); l'altération est très étendue;

4° La tuberculose de l'œsophage peut être aiguë (un seul cas celui de Mazzotti).

A. G.

Cinq nouveaux cas de chancre de l'amygdale, par MALM et JUELL. (*Norsk. mag. for Lægevidenskaben*, oct. 1886; in *Revue internat. des Sc. méd.*, nov. 1886.)

Les auteurs rapportent 5 cas où le diagnostic fut quelquefois d'une grande difficulté; dans un de ces cas, on crut être en présence d'un épithélioma. Chaque fois, l'adénopathie sous-maxillaire coïncidait avec l'accident primitif, et les accidents secondaires apparaissaient habituellement dans le laps de temps ordinaire. Dans tous ces cas, la contagion eut lieu par les vases de table, de cuisine, ou les pipes.

A. G.

Du chancre de l'amygdale, par C. BÆCK. (*Tidskrift for Prakt.*

medic., 1885, n^{os} 15 et 16; in *Revue internat. des Sc. méd.*, août 1886.)

En 10 ans, l'auteur observa 9 chancres de l'amygdale, dont 8 dans sa pratique privée. Les signes étaient constitués par une hypertrophie énorme de l'amygdale avec induration, l'existence d'ulcérations généralement aussi superficielles, ayant quelquefois l'apparence diphthéritique; en même temps existait à l'angle de la mâchoire une adénopathie très marquée. Les accidents secondaires ne tardaient pas à apparaître. Le diagnostic était quelquefois assez difficile avec la diphthérie, les gommes et même l'épithélioma. La cause était presque toujours l'emploi des mêmes vases de toilette, de table ou des mêmes pipes.

Le rédacteur de la *Revue internationale* cite encore 3 autres observations du Dr Graarud (*même journal suédois*, oct. 1885); les 2 premières avaient été observées chez le frère et la sœur, qui s'étaient servis des mêmes ustensiles de table; la 3^e s'était présentée chez un vieillard, qui, 2 mois après, eut des accidents cérébraux rapidement mortels.

A. G.

Pharyngocèle et dilatation du pharynx, diverticule pharyngien situé derrière l'œsophage, pharyngotomie, guérison, par WHEELER. (*Dublin journ. of med. Science*, nov. 1886, avec 2 planches.)

Tumeur développée en quelques années chez un sujet de 57 ans, atteint depuis longtemps d'amygdalites et de laryngites répétées. La tumeur variable dans son volume, suivant la position du malade, donnait lieu à une congestion laryngienne et à une paralysie de la corde vocale droite. Wheeler suppose que la dilatation du pharynx avec sphincters de nouvelle formation s'était produite sous l'influence de violents accès de toux; il y avait là une véritable hernie du pharynx. L'opération, très laborieuse et faite en deux temps, réussit très bien. La poche fut extirpée et la fonction vocale redevint normale en même temps que la santé du sujet, très altérée, se rétablit rapidement. A. G.

Ulcère tuberculeux de la langue, résection, guérison, par VINCENT JACKSON. (*Lancet*, 4 septembre 1886.)

Femme de 37 ans, ayant aux deux sommets des signes de tuberculose et se plaignant de douleurs très vives de la partie antérieure de la langue où se trouvait une altération ayant débuté par une bulle. L'ulcère était ovale, de un centimètre et demi de long sur trois quarts de large, à fond granuleux et grisâtre; en

bords légèrement décollés. On réséqua la pointe de la langue; la plaie fut suturée et la guérison fut rapide, avec disparition des douleurs. Gibber examina au microscope le morceau enlevé, il s'agissait de tuberculose avec bacilles. A. G.

Accidents primitifs à siège guttural, par HASLUND, de Copenhague. (*Hospitale Tidende*, 9 mars 1887; in *Revue internat. des Sc. médicales*, n° 7, 1887.)

Deux cas, l'un chez une fillette de 11 ans, l'autre chez une femme de 27 ans. Chez la fillette, l'accident primitif siégeait sur le côté gauche de la luette, le voile du palais en avant et le pilier postérieur. Adénopathie sous-maxillaire énorme. Syphilides cutanées et muqueuses secondaires concomitantes. Chez la femme de 27 ans, le pus était sur le voile du palais et la paroi latérale à droite du pharynx. Adénopathie sous-maxillaire et syphilides cutanées et muqueuses concomitantes. L'auteur ignore la manière dont l'infection se produisit. A. G.

Épidémie d'amygdalite exsudative, par le Dr T. RAVEN. (*Practitioner*, in *Journal des Conn. méd. pratiques et de pharmacologie*, 7 juillet 1887.)

Le docteur Thomas Raven décrit, dans le *Practitioner*, une épidémie d'angine survenue dans une institution contenant environ 80 petites filles et 10 adultes femmes. Dans les années précédentes, des épidémies du même genre avaient été observées; la première fois il se produisit une demi-douzaine de maux de gorge, et les années suivantes on en observa une vingtaine. L'affection, d'ailleurs, n'était marquée par aucun phénomène grave; il y avait un peu de fièvre, la gorge injectée et tapissée d'un exsudat membraneux couvrant une ou les deux amygdales; mais tous les accidents disparaissaient très vite, et après deux ou trois jours l'enfant était guérie.

L'épidémie qui se produisit récemment fut plus sérieuse et plus étendue, et elle emprunte son intérêt à l'association d'autres affections.

Pendant les mois d'août et de septembre 1886, il survint près de 60 cas d'angine tonsillaire; l'affection était caractérisée par une haute température initiale, la congestion de la face, le dépôt de membranes sur les amygdales, la fièvre durant de cinq à sept jours, puis le retour de la gorge à l'état normal avec la convalescence souvent interrompue, il est vrai, par une rechute, due certainement à une réinfection; enfin la guérison

n'était suivie d'aucune complication paralytique, mais il restait un état de débilité et d'anémie persistant pendant plusieurs semaines.

Comme affections concomitantes, on observa un cas d'érésipèle de la face et plusieurs cas de rhumatisme.

Les caractères principaux de cette épidémie montrent d'une façon bien certaine qu'il ne s'agissait pas là de diphthérie. Il est bon cependant de rappeler, à ce propos, que, pour certains médecins, toutes les angines membraneuses sont de nature diphthéritique; leur expression symptomatique ne varierait que par l'intensité du virus ou par la nature du terrain sur lequel il se développe. Mais le fait seul de la multiplicité des cas, sans qu'il y ait jamais eu de phénomènes graves, montre bien que la diphthérie ne peut pas être mise en cause.

De la pharyngite phlegmoneuse aiguë primitive, par SENATOR.
(*Soc. de med. de Berlin*, janvier 1888; in *Bulletin médical*, janvier 1888.)

Sous ce nom, le professeur de Berlin décrit deux cas très graves de pharyngo-laryngite infectieuse avec suppuration sous-muqueuse, dans lesquels il avait trouvé avec Langerhaus des microbes analogues au bacille de la fièvre typhoïde, mais l'inoculation de ces micro-organismes n'aurait pas reproduit chez les animaux une maladie analogue.

A. G.

De l'effet de la ligature des artères thyroïdiennes sur le goitre, par WOLFLER, de Gratz. (16^e Congrès de la société allemande de chirurgie; in *Revue de chirurgie*, n° 12, 1887.)

Après expérience sur les animaux, l'auteur a tenté sur l'homme le traitement du goitre par la ligature des thyroïdiennes. Le résultat aurait été très remarquable surtout dans le goitre parenchymateux. Le ratatinement de la tumeur se fait très lentement: bien entendu, dit l'auteur, cette méthode ne peut réussir que dans les traitements des tumeurs bénignes. A. G.

Procédé pour enlever des morceaux de goitre, sans tamponnement, ni hémorrhagie, par E. HUN (Berlin). (16^e Congrès de la société allemande de chirurgie; in *Revue de chirurgie*, n° 12, 1887.)

Voici le procédé: ligature des thyroïdiennes supérieures, et application des pinces sur les thyroïdiennes inférieures. On fend la capsule et l'on extirpe des fragments de la tumeur avec la pince et les ciseaux. Quand la cavité est vidée, tamponne-

ment avec la gaze iodoformée; au bout de 24 heures, enlèvement des pinces et suture : il faut avoir bien soin de ne pas comprendre le récurrent dans le mors de la pince. A. G.

Résections du pharynx et de l'œsophage avec, dans certains cas, l'extirpation du larynx, par IVERSEN AXEL, de Copenhague. (*Nordiskt. Medicinskt Auk.*, vol. XIX, 3, 1887; — *Journ. of Laryng. and Rhin.*, mars 1888).

Je donne un aperçu de la terminaison de 6 cas de cette opération décrits par lui dans les *Archives de Langenbeck* (vol. XXXI, 3). — 1^{er} cas, femme de 34 ans, carcinome du pharynx; mort par récurrence locale 6 mois après; — 2^e cas, femme de 51 ans; mort 9 mois après; — 3^e cas, femme de 48 ans; mort 4 mois après; — 4^e cas, une femme de 56 ans, opérée pour un rétrécissement cicatriciel du gosier, se porte bien; — 5^e cas, femme de 44 ans; ablation totale du larynx pour un carcinome du pharynx; mort de septicémie 13 mois après l'opération, à cause d'un agrandissement nécessaire de la plaie; pas de récurrence constatée à l'autopsie; — 6^e cas, femme de 48 ans, ablation également totale; 13 mois après, mort de pleurésie due à une perforation de l'œsophage par la sonde œsophagienne, et à l'irruption du liquide dans la plèvre droite. *Œsophage absolument atrophié, parois minces comme du papier*; perforation, quatre centimètres sous la crosse de l'aorte.

Dans tous ces cas, pharyngotomie sous-hyôidienne après trachéotomie préalable; quand la tumeur du pharynx s'étend à la paroi postérieure du larynx, incision verticale sur la ligne médiane partant de l'incision transversale sous-hyôidienne, ablation de tout le larynx, qui est de fait inutile, vu la section inévitable des récurrents dans l'ablation radicale.

Faire la trachéotomie aussi profonde que possible, en laissant un large espace de peau entre la canule trachéale et l'ouverture de la large plaie.

Des quatre nouveaux cas, le premier est une femme de 49 ans, cachectique, avec adénite et un épithélioma du pharynx et de l'œsophage; ablation, en outre, de tout le larynx et du lobe thyroïde gauche. Mort 37 jours après de broncho-pneumonie et abcès dans les deux poumons.

2^e femme de 27 ans; épithélioma de la partie postérieure du cricoïde inférieur du pharynx, supérieur de l'œsophage. Opération comme précédemment, plus ablation du lobe thyroïde droit. Mort dans le collapsus après 30 heures. Pas d'autopsie.

3^e Femme de 46 ans ; épithélioma du cartilage aryténoïde droit et du repli ary-épiglottique. Ablation de la partie inférieure du pharynx supérieur de l'œsophage, du larynx entier. Mort en 8 jours.

4^e Femme de 44 ans ; épithélioma allant de la hauteur de l'épiglotte jusqu'à la première vertébrale dorsale. Ablation de tout le larynx, de partie du lobe thyroïdien gauche. Larynx sain. La malade, 14 mois après l'opération, va bien.

Tous les malades étaient des femmes de 26 à 51 ans.

Tumeur presque toujours très bas dans le pharynx, ce qui rend sa délimitation très difficile à l'examen. Quelquefois le larynx semble plus proéminent. L'adénopathie semble survenir tard. Le meilleur mode de diagnostic est le doigt et le laryngoscope. Symptômes très prononcés : dysphagie, douleur de la gorge, souvent irradiation au cou, expectoration de mucus et de sang, amaigrissement.

R. L.

Hypertrophie des glandes et du tissu conjonctif des parois latérales du pharynx, par C. C. RICE, de New-York. (*New York Med. J.* ; in *Journ. of laryng. and rhin.*, n° 10, 1887.)

Il existe fréquemment une réunion, d'origine hypertrophique, entre les amygdales, existant entre les piliers et sur le pharynx ; elle est due à une pharyngite folliculaire chronique des parois latérales du pharynx et se voit chez les adultes de 12 à 18 ans.

En détruisant une partie de cette bande de tissu par le bistouri ou le cautère on produit l'atrophie du reste, grâce à l'origine vasculaire commune.

Rice s'occupe ensuite de la pharyngite dite latérale ou hypertrophique du pli pharyngo-salpingé. Dans une variété il y a inflammation aiguë des glandes simples, juste derrière le pilier postérieur, coïncidant avec une amygdalite aiguë ; elles disparaissent, laissant une bande étroite de tissu proéminente qui monte le long du pharynx. Une autre variété est une hyperplasie inflammatoire des organes muqueux et sous-muqueux de cette partie (pli salpingo-pharyngien). De cette hypertrophie proviennent beaucoup de symptômes gênants : rauçité, fatigue de la voix, enrouement, toux, spasme de la glotte. Ces symptômes disparaissent avec la suppression de la bande susdite par le cautère ou les caustiques.

R. L.

Demonstration eines seltenem Falles von œsophagus Krebs (cas

rare de cancer œsophagien), par W. LUBLINSKI. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1887.)

Il s'agissait d'un cancer papillaire de la grosseur d'une noix, dont le point de départ se trouvait sur la paroi postérieure du larynx, chez une femme de 65 ans. La tumeur s'était développée dans l'espace qui sépare les deux parois accolées des tubes aérien et alimentaire et avait envahi le sinus pyriforme à gauche.

P. T.

Statistique et anatomie du cancer de l'œsophage, par HEINRICH BRAASCH. (*Kieler Dissertat.*; in *Int. Cent. f. laryng.*, 1887.)

L'auteur s'est basé sur les protocoles d'autopsie de l'Institut pathologique de Kiel. Ses recherches ont porté sur un laps de 11 ans (1873-1884). Dans 29 cas, le cancer siégeait dans la moitié des cas au niveau du tiers moyen. Huit fois il occupait le tiers inférieur, une fois il s'étendait aux deux tiers inférieurs à la fois; une autre fois il prenait toute l'étendue du conduit, et deux fois il siégeait dans le tiers supérieur.

Quant à ce qui concerne l'âge, voici ce que montra la statistique : 1 fois à 20 ans, 2 à 37, 7 entre 40 et 50, 1 à 57, 7 entre 60 et 70, 4 entre 70 et 80 et 1 à 84 ans.

P. T.

Un cas d'empoisonnement par la cocaïne, par H. SCHNYDER, de Lucerne. (*Correspondenz-Blatt f. Schweiz. Aerzte*, 15 mars 1887.)

L'auteur rapporte l'observation d'un homme encore jeune, assez nerveux, qui, souffrant d'une migraine, prit 0,05 de cocaïne à deux reprises. Il éprouva bientôt de l'engourdissement des extrémités et une certaine gêne de la respiration. Craignant alors de s'être empoisonné, il absorba (Bignon, de Lima) 20 gouttes de teinture de noix vomique.

Tremblement des extrémités, surtout des bras. Sensation de froid. Mydriase légère, pouls filiforme. 150 pulsations. Le sujet se plaignait de ne pouvoir respirer.

Les accidents disparurent assez vite.

L'auteur rappelle, à propos de ce fait, un certain nombre de faits publiés la plupart en Suisse.

Celui de Meyer Hüni, concernant une enfant, qui n'avait pris que 0,2 de cocaïne et avait souffert de douleurs de tête, de maladie, d'état ébrieux, de difficultés de la parole, etc. (*Correspondenz-Blatt*, 1885.)

Ceux de Blumenthal (*Deutsche medic. Wochenschrift*) con-

sécutif à l'injection sous-cutanée de 0,2 de cocaïne, de Landerer (injection de 0,003 de cocaïne), de Wetzel (0,03), de Bat (0,05), de Schilling, de Biehler (intoxication chronique), de Szenazy.

Il insiste sur l'indifférence de la dose à propos de l'apparition des accidents d'intoxication. Il attribue une certaine influence à l'impureté du produit et à la plus ou moins grande rapidité de son absorption.

P. T.

Sur le noma, par WORONICHIN, de Saint-Petersbourg. (*Jarbuch f. Kinderheilkunde*, Band XXVI, Heft 2, 1887; in *Internat. Cent. f. laryngol.*, 1887.)

Ce travail repose sur les observations recueillies à l'hôpital d'enfants Sainte-Élisabeth, pendant dix-sept ans. Sur 46 cas, 22 furent observés à l'hôpital, 24 à l'ambulance. Il n'y eut que 3 cas de guérison. L'affection fut 30 fois plus fréquente à l'hôpital qu'à l'ambulance. La rougeole, en première ligne, puis la scarlatine, la coqueluche, la pneumonie, la fièvre typhoïde, l'entérite, la pleuro-pneumonie étaient en cause. Le côté droit est plus souvent lésé. Les filles sont plus frappées que les garçons. Le maximum de mortalité est à trois ans.

P. T.

Hypertrophie des follicules glandulaires de la langue, par OTTO SEIFERT, de Wurzburg. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1887.)

Ce travail confirme celui de Swain. L'auteur rapporte plusieurs observations de troubles réflexes, consécutifs à des tumeurs de ces glandes. Nous aurons l'occasion de revenir plus longuement sur ces faits et d'analyser en détail le mémoire fondamental de Swain.

P. T.

Cancer de l'œsophage, par E. FRÄNKEL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 30, p. 522; in *Intern. Central. f. laryng.*, 1888.)

L'auteur rapporte deux cas de cancer de l'œsophage dont le dénoûment fut la mort subite par hémorrhagie, suite d'érosion vasculaire. On sait qu'il s'agit là d'une éventualité d'une fréquence relativement faible. C'est ce qui donne un intérêt particulier à ces deux faits. Dans un cas, l'érosion portait sur l'aorte descendante; dans le second sur l'artère sous-clavière. Dans le premier cas, il s'agissait d'une néoplasie siégeant à la hauteur de la bifurcation des bronches. Le cancer avait perforé la bronche gauche. L'érosion de l'aorte descendante avait le volume d'une tête d'épingle.

Dans le second cas, il y avait rétrécissement cancéreux du pharynx, infiltration du lobe droit du corps thyroïde et de l'origine de l'œsophage où se trouvait une large ulcération. Il y avait érosion de l'artère sous-clavière droite. Celle-ci avait du reste une origine anormale. Elle naissait de l'aorte, au point où l'arc aortique se continue avec l'aorte descendante et croisait l'œsophage au voisinage de l'ulcération que nous avons signalée.

P. T.

Étude critique de la diphthérie, par THORESEN. (*Norsk. Magaz. for Laege naderskalen*, janvier 1887; in *Journ. of laryng. and rhin.*, novembre 1887.)

L'auteur, qui a eu mainte occasion d'étudier la diphthérie, établit la durée de l'incubation entre quelques heures et quelques jours. Il prétend (ce qui ne laisse pas de nous étonner) qu'une attaque confère l'immunité, n'ayant jamais vu personne avoir deux fois la diphthérie. Le début grave avec vomissements, affaiblissement succédant à une courte incubation, doit être considéré comme défavorable; de même, des membranes éten dues et épaisses, surtout avec extension au voile du palais et au pharynx, avec adénite sous-maxillaire volumineuse. Il meurt environ la moitié des gens atteints de diphthérie nasale. La fièvre adynamique, un affaiblissement du cœur, de la difficulté à respirer et à vomir, sont ordinairement des signes précurseurs de la mort. L'auteur a observé dans une épidémie, plusieurs des malades présentant, sur toute la surface du corps, de petites ecchymoses grosses comme une tête d'épingle; tous ceux ainsi atteints moururent. Les paralysies, après des cas légers, offrent généralement un pronostic favorable, celles après des cas graves se terminent souvent fatalement. Il cite 3 cas mortels de paralysie du pneumogastrique chez des enfants (accès de suffocation, irrégularité du cœur, vomissements); deux survivent peu après l'attaque de diphthérie, dans le troisième, le malade se levait et était convalescent en apparence. Comme traitement, recourir aux mesures hygiéniques et au chlorate de potasse. R. L.

Œsophagotomie pour les corps étrangers, par FISCHER de Hanovre. (*Deutsche Zeit. f. Chir.* Heft 6, in *Journ. of laryng. and rhin.*, novembre 1887.)

Après examen de 80 cas publiés, l'auteur conclut que l'opération ci-dessus n'est pas très dangereuse. La mort après l'opération est due le plus fréquemment au corps étranger dont le

séjour trop long dans l'œsophage conduit à la perforation de la muqueuse, puis à la pleurésie et à la septicémie. L'opération doit donc être faite aussi prématurément que possible, si le corps étranger ne peut être enlevé par les voies naturelles, surtout s'il est enclavé.

R. L.

Cas d'irritation de l'œsophage, avec suppuration de la muqueuse, par LANGERHANS. (*Virchow's Arch.*, Band XIX, Heft 2; in *Journ. of laryng. and rhin.*, novembre 1887.)

Après mort par diabète sucré, on trouva dans l'œsophage une irritation extraordinairement étendue. Le seul symptôme pendant la vie était une sensation de dégoût durant les derniers jours. La muqueuse était dans un état d'inflammation avancée.

R. L.

Arrêt d'un os à l'union des tiers supérieur et moyen de l'œsophage. — Œsophagotomie externe. — Guérison, par RAMON DE LA SOTA. (*Rev. mens. de laryng.*, septembre 1887.)

Voici les réflexions de l'auteur : en cas de corps étranger de l'œsophage, les manœuvres de personnes inexpérimentées sont réellement dangereuses. L'essai d'enlever le corps avec les doigts peut provoquer une inflammation par lésion de la muqueuse du pharynx, suffisante pour rendre très difficiles les opérations ultérieures. De violents efforts d'extraction ou de propulsion sont préjudiciables, car la mortalité de l'œsophagotomie dépend, non de l'opération elle-même, mais des lésions de l'œsophage, par des tentatives anciennes et infructueuses d'effectuer l'opération.

R. L.

Tuberculose du pharynx, par WROBLEWSKI. (*Gazeta Lekarska*, n° 43, 46, 1887, in *Journ. of laryng. and rhin.*, janvier 1888.)

Revue des travaux de divers auteurs, avec 16 cas personnels observés par l'auteur à l'hôpital Saint-Roch de Varsovie et dans sa clientèle. Une fois seulement, l'affection fut primitive; autrement, elle était secondaire à la phtisie du poumon et du larynx, et occupant communément la luette et l'arcade palatine, plus rarement, la paroi postérieure du pharynx. Toujours accompagnée d'adénopathie cervicale, elle tranchait sur les parties voisines comme de petits amas gris ou rouges vite ulcérés. Toujours des bacilles de Koch dans la sécrétion. Marche presque toujours rapide et fatale. Même quand le traitement amenait la cicatrisation des ulcérations, l'état général ne s'améliorait ja-

mais. Comme traitement local, l'auteur préfère les injections sous-muqueuses de cocaïne (10 à 20 0/0), la désinfection par l'acide phénique (2 à 5 0/0) ou le sublimé (au millième), le curetage suivi par des badigeonnages énergiques à l'acide lactique.

R. L.

Enclavement d'une plaque de dentier dans l'œsophage pendant quinze mois, par BRIDGMAN, HENRY, S. (*Lancet*, 24 septembre 1887, in *Journ. of laryng. and rhin.*, janvier 1888.)

Il est à noter que, immédiatement après la disparition du corps étranger dans l'œsophage, des sondes furent introduites presque dans l'estomac sans rencontrer d'obstacle. Une légère dyspnée avec dysphagie qui s'ensuivit, disparut en quelques semaines, puis réapparut, accompagnée d'une violente toux et l'expectoration d'un mucus épais, teint de sang.

La plaque fut finalement expulsée pendant un violent accès de hoquet.

R. L.

Un cas d'abcès rétro-œsophagien, par J.-TH. RICHARDS. (*Lancet* oct. 1887; in *Journ. of laryng. and rhin.*, févr. 1888.)

Enfant de 3 ans, mal de Pott de la partie supérieure du rachis; pendant les derniers trois mois n'a pu marcher sans s'appuyer sur les mains. Tête raide, penchée à gauche, tous les mouvements sont douloureux, sensation de compression dans la région vertébrale. Respiration stridente, son rauque à l'inspiration et l'expiration, suivie d'une toux forte, sonore et brève. Le stridor, semblant partie nasal, partie laryngé, manquait quand l'enfant était calme observé à l'inspiration, quelquefois à l'expiration. Déglutition facile des solides et des liquides. Mort de broncho-pneumonie au bout de huit jours.

Autopsie : Adhérences du lobe inférieur pulmonaire gauche; autour de la trachée nombreuses glandes caséuses et calcifiées. Derrière l'œsophage, près de lui, tumeur fluctuante, ovulaire, plus grande qu'une châtaigne, au devant de la colonne vertébrale à laquelle elle se rattachait. Les corps des septième vertèbre cervicale et première dorsale, formant le fond de l'abcès étaient presque détruits; la partie antérieure du corps des deux vertèbres dorsales suivantes étaient également cariés.

Ce cas est assez rare vu le siège bas de l'abcès et l'absence de dysphagie quoique la trachée fut assez comprimée pour entraver la respiration.

R. L.

De l'influence des courbures de la colonne vertébrale sur le

diamètre et le trajet de l'œsophage, par HACKER. (*Wien. med. Woch.*, n° 16, 1887; in *Journ. of laryng. and rhin.*, fév. 1888.)

Les courbures latérales ont ordinairement moins d'influence sur le trajet, parce que l'œsophage ne les suit pas; en cas de scoliose extrême si la première courbure est compliquée d'une autre compensatrice, il y a alors également une déviation latérale de l'œsophage. Cet état peut devenir d'intérêt pratique car il peut entraver le cathétérisme de l'œsophage et faire porter alors un diagnostic de rétrécissement grave.

R. L.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

ANGLETERRE.

Oreille.

Syncope alarmante à la suite d'injection faites dans l'oreille, par Middlemass (*Lancet*, 15 octobre 1887).

Trépanation de l'apophyse mastoïde dans les maladies du tympan, par Dallas Pratt (*Dublin J. of med. Sc.*, 1^{er} décembre 1887).

Un cas de ver dans l'oreille, par Pilley (*Lancet*, 14 janvier 1888).

Affections traumatiques de l'oreille, par T. Barr (*Edimb. med. journ.*, p. 613, 1887).

Cas d'abcès cérébral en rapport avec l'otite moyenne, bien diagnostiqué et opéré, par David Ferrier et V. Horsley (*Brit. med. journ.*, 10 et 21 mars 1888).

Fistule branchiale post-auriculaire, par White House (*Sunderland and North Durham med. Soc.*; in *Brit. med. journ.*, 7 avril 1888).

Abcès cérébral, suite d'otite moyenne, diagnostiqué et opéré par le trépan et le drainage, par A.-E. Barker (*Brit. med. j.*, 14 avril 1888).

Occlusion du meatus auditif externe, par J. Gordon (*Aberdeen Banff and Kincardine Branch*; in *Brit. med. j.*, 14 avril 1888).

Otite moyenne hémorragique, par T. Barr (*Brit. med. j.*, 28 avril 1888).

Extirpation de tumeurs osseuses du conduit auditif externe, par W.-B. Dalby (*Roy. med. and chir. Soc. of London*; in *Brit. med. j.*, 26 mai 1888).

Epithélioma de l'oreille droite; extirpation de la moitié supérieure de l'oreille; guérison, par V. Jackson (*Lancet*, 31 mars 1888).

Quatre cas différents de maladies de l'oreille, par Field (*St. Mary's hos pital*; in *Brit. med. j.*, 9 juin 1888).

Guérison d'un catarrhe du tympan après l'extraction d'un polype du nez, par Mackenzie Booth (*Aberdeen Banff and Kincardine Branch*; in *Brit. med. j.*, 9 juin 1888).

Cas d'abcès cérébral après une otite moyenne, par H.-E. Clarek (*Med. chir. Soc. of Glasgow*; in *Glasgow med. j.*, juin 1888).

Traitement des exostoses de l'oreille, par G.-P. Field (*Brit. med. j.*, 16 juin 1888).

Arrachement de tumeurs osseuses du conduit auditif externe, par Kidd et Taylor (*Lancet*, 2 juin 1888).

Réflexes auriculaires, par A. Kynaston (*Lancet*, 20 juin 1888).

Corps étrangers de l'oreille ayant séjourné pendant cinq ans, par Queely (*Lancet*, 23 juin 1888).

Exostoses éburnées enlevées du conduit auditif externe, par Stone (*Liverpool med. chir. journ.*, 1888).

Corps étrangers de l'oreille remontant à dix-huit ans, par A. Swann (*Lancet*, 7 juillet 1888).

Recherches sur les limites de l'audition, par J. Kerr Love (*Glasgow med. j.*, août 1888).

Opérations sur l'apophyse mastoïde, par M'Bride (*Assoc. méd. anglaise*, 56^e session, Glasgow, août 1888).

Présentations de deux malades opérés avec succès pour des abcès du corveau dus à des maladies d'oreille, par Th. Barr (56^e Congrès de l'Assoc. méd. angl., Glasgow, août 1888).

Cas de maladie congénitale de l'oreille, produisant des abcès mastoïdiens et une paralysie faciale par Ch. Warden (56^e Congrès de l'Assoc. méd. angl., Glasgow, août 1888).

Végétations adénoïdes du pharynx nasal, leur influence sur l'oreille moyenne et leur traitement, par Lennox Browne (56^e Congrès de l'Assoc. méd. angl., Glasgow, août 1888).

1^o Limaçon et autres séquestres enlevés dans un cas d'otite chronique purulente; 2^o Appendice auriculaire d'une taille inusitée, par J. Erskine (56^e Congrès de l'Assoc. méd. angl., Glasgow, août 1888).

Valeur des membranes tympaniques artificielles, par W. Laidlaw Purves (56^e Congrès de l'Assoc. méd. angl., Glasgow, août 1888).

Du tympan artificiel, par L. Turnbull (56^e Congrès de l'Assoc. méd. angl., Glasgow, août 1888).

Traitement frauduleux de la surdité par des charlatans, par Ellis (56^e Congrès de l'Assoc. méd. angl., Glasgow, août 1888).

Examen des limites de l'audition, par J. Kerr Love (*Glasgow med. j.*, septembre 1888).

Cas de maladies d'oreilles, par Deighton (*Cambridge med. Soc.*, 18 juillet; in *Brit. med. j.*, 6 octobre 1888).

Exostose inter-auriculaire, par Sheild (*Medic. Soc. of London*, 1888; in *Bulletin médical*, 4 novembre 1888).

Larynx et trachée.

Laryngite striduleuse, par Barlow (*Lancet*, 22 octobre 1887).

Tubage du larynx, par Charters J. Simonds (*Brit. med. j.*, 19 novembre 1887).

Un cas de lymphome affectant le larynx, les yeux, etc., par Clifford Beale (*Lancet*, 15 octobre 1887).

Paralysie des abducteurs des cordes vocales, par Gordon Holmes (*Lancet*, 22 et 29 octobre 1887).

Deux cas d'abcès idiopathiques intra-laryngiens, par Macdonald (*Lancet*, 24 septembre 1887).

Cas d'extirpation partielle du larynx, par Rushton Parker (*Brit. med. j.*, 19 novembre 1887).

Observation de trachéotomie, par Crawford-Benton (*Lancet*, 12 novembre 1887).

Rupture de la trachée, emphysème, mort, par Garrard (*Brit. med. j.*, 26 novembre 1887).

Paralysie des dilatateurs de la glotte, par G. Holmes (*Lancet*, 12 novembre 1887).

Traitement de la phthisie laryngée, par Jacob (*Lancet*, 7 janvier 1888).

Cas de thyrotomie pour un polype du larynx récidivé, par H. Mackenzie (*Edimb. med. j.*, décembre 1887).

Gomme syphilitique de la trachée guérie par l'iodure de potassium à haute dose, par L. Robt (*Brit. med. j.*, 24 décembre 1887).

Paralysie des dilatateurs de la glotte, par L. Roe (*Lancet*, 12 novembre 1887).

Corps étrangers de la bronche droite. Trachéotomie, guérison, par M. R. Simar (*Brit. med. j.*, 26 novembre 1887).

Cas d'occlusion de la bronche gauche pour un corps étranger. Extirpation par la trachéotomie, par Cheadle et Th. Smith (*Roy. med. and chir. Soc.*, Londres, 10 janvier 1888).

Œdème aigu du larynx et traumatisme du larynx, par G. Darwin (*Clinical Soc. of Manch.*, 20 décembre 1887; in *Brit. med. j.*, 14 janvier 1888).

Du menthol dans le traitement de la phthisie laryngée, par A. J. Beehag (*Brit. med. j.*, décembre 1887).

Cas de thyrotomie pour un épithélioma du larynx, par W. R. Stewart (*Lancet*, mai 1887).

Observations de sept cas de cancer du larynx, par David Newman (*Glasgow med. j.*, février 1888, p. 97).

Les registres de la voix chez les Italiens; voix de poitrine, voix de gorge, voix de tête, par F. Helmore (Londres, J. Masters and Co, 1887).

Détachement spontané d'un polype du larynx, par Graham Steel (*Brit. med. j.*, 4 février 1888).

Cas de laryngite chronique tuberculeuse traitée par la trachéotomie et l'extirpation endo-laryngienne des tumeurs, par Hunter Mackenzie (*Brit. med. j.*, 4 février 1888).

Ulécère profond du larynx dans le cours d'une maladie du cœur, par T. Harris (*Pathological Society of Manchester*; in *Brit. med. j.*, 25 février 1888).

Cas d'affection maligne du larynx (cancer), par J. White (*Nottingham med. chir. Soc.*, janvier 1888; in *Brit. med. j.*, 3 mars 1888).

Papillomes du larynx chez un enfant de 3 ans, par Samson Gemmel (*Med. chir. Soc.*; in *Glasgow med. j.*, mars 1888).

Traitement de la phthisie laryngée par le menthol, par Creswell Baber (*Brighton and Sussex med. chir. Soc.*; in *Brit. med. j.*, 24 mars 1888).

Cas d'angiome du larynx, par Percy Kidd, avec planche (*Brit. med. j.*, 17 mars 1888).

Fracture du larynx, emphysème du cou; laryngotomie; mort, par Barendt (*Lancet*, 18 février 1888).

Le cas du Kronprinz, par Lennox Browne (*Med. Press and Circular*, 22 février 1888).

Le cas du prince impérial d'Allemagne, par Morell Mackenzie (*Lancet*, 18 février 1888).

L'épiglotte, ses attaches et ses rapports avec les tissus environnants, par Mayo Collier (*Journ. of laryng.*, juin 1888).

Périchondrite du larynx; trachéotomie; guérison, par Hollinshead (*Brit. med. j.*, 2 juin 1888).

Inhalateur trachéal employé après la trachéotomie, par T. F. Pearse (*Brit. med. j.*, 30 juin 1888).

Plusieurs cas d'extirpation endo-laryngienne des tumeurs des cordes vocales, par Hunter Mackenzie (*Edimb. med. j.*, juillet 1888).

Troubles des fonctions du larynx dans les affections du système nerveux central, par H. Krause (*Journ. of laryng.*, juillet 1888).

Un cas heureux d'extirpation totale du larynx, par Gairdner et Cox (*Australian med. j.*; in *Brit. med. j.*, 21 juillet 1888).

Canules élastiques en argent dans la trachéotomie et le traitement de l'hémoptysie, par G.-A. Abrath (*Med. Press and Circ.*, London 1888, XIV, 308).

Cas d'extirpation totale du larynx pour un épithélioma, par U. Gardner (*Lancet*, 23 juin 1888).

Corps étranger de la trachée, par Hawkins (*Lancet*, 26 mai 1888).

Trachéotomie faite, il y a quatre ans, chez un adulte pour une affection laryngée. Malade bien portant et ayant encore sa canule, par J. Tailfourd (*Lancet*, 25 février 1888).

Rapport sur l'examen de la tumeur du prince impérial d'Allemagne, par Virchow (*Lancet*, 10 mars 1888).

La cocaïne dans la trachéotomie, par Lennox Browne (*Brit. med. j.*, 7 avril 1888).

Cancer des voies respiratoires supérieures (larynx), par F. Semon et S.-G. Shattock (*Path. Soc. of London*; in *Brit. med. j.*, 7 avril 1888).

Deux cas de laryngotomie avec réflexions sur l'application des sutures aux voies respiratoires, par H. Morris (*Brit. med. j.*, 21 avril 1888).

Périchondrite laryngée, par Norris Wolfenden (*Brit. med. j.*, 14 avril 1888).

Trachéotomie pour affection syphilitique du larynx, par B. Jessett (*Med. Soc. of London*; in *Brit. med. j.*, 3 mai 1888).

Laryngoscopie et rhinoscopie, par Prosser James (3^e édition, chez Bailière and Co, Londres).

Périchondrite traumatique du larynx, par Lennox Browne (*Brit. med. j.*, 28 avril 1888).

Paralysie complète bilatérale des cordes vocales, consécutive à une laryngite aiguë, guérison, par Percy Kidd (*Clin. Soc. of London*; in *Brit. med. j.*, 19 mai 1888).

Nécrose de la grande corne de l'os hyoïde et ossification des parties du cartilage thyroïde, expulsion de séquestres d'un abcès en avant du con, consécutif à une ulcération gommeuse de la langue et à une périchondrite des cartilages thyroïde et cricoïde, hémorragie considérable, pneumonie, phthisie, par Nunon (*Clin. Soc. of London*; in *Brit. med. j.*, 19 mai 1888).

Cancer du larynx, trachéotomie, amélioration et succès prolongés, par Dundas Grant (*Hunterian Soc.*; in *Brit. med. j.*, 19 mai 1888).

Tumeurs laryngiennes, par Simpson (*Clin. Soc., of Manchester*; in *Brit. med. j.*, 26 mai 1888).

Tubage du larynx dans la diphthérie, par J. Curtis (*Lancet*, 31 mars 1888).

Papillomes du larynx, par B. Jessett (*Med. Soc. of London*; in *Lancet*, 5 mai 1888).

La trachéotomie, dans la phthisie laryngée, par P. Kidd (*Lancet*, 31 mars 1888).

Intubation du larynx, par Ogston (*Aberdeen Banff and Kincardine Branch*; in *Brit. med. j.*, 9 juin 1888).

Deux cas de sténoses laryngées complètes produites par des blessures du larynx dans des tentatives de suicides, par D. Newmann (*Glasgow Path. and clin. Soc.*, 16 mai; in *Glasgow med. Journ.*, 7 août 1888).

Tumeurs malignes des voies aériennes supérieures, par Hunter Mackenzie (*Journ. of Laryngol.*, août 1888).

Angiomes du larynx, par Norris Wolfenden (*Journ. of Laryngol.*, août 1888).

Sur les applications et l'abus du traitement local dans les affections des parties supérieures des voies respiratoires, par Havilland Hall (*Congrès de l'Assoc. méd. anglaise*, 56^e session, Glasgow, août 1888; in *Brit. med. journ.*, 15 septembre 1888).

Discours prononcé à l'ouverture de la section de laryngologie et de rhinologie, par F. Semon (56^e Congrès de l'Assoc. méd. anglaise, Glasgow, août 1888).

Abus du traitement local dans les maladies des voies aériennes supérieures, par G. Stoker (56^e Congrès de l'Assoc. méd. anglaise, Glasgow, août 1888; in *Brit. med. journ.*, 15 septembre 1888).

Démonstration anatomique de quelques muscles du larynx, par Macintyre (56^e Congrès de l'Assoc. med. angl. Glasgow, août 1888).

Hémorragies du larynx et du pharynx et d'autres hémorragies les simulant, par Percy Kidd (56^e Congrès de l'Assoc. med. angl. Glasgow, août 1888; in *Brit. med. journ.*, 15 septembre 1888).

Quelques formes inusitées de névroses du larynx, par E.-H. Jacob (56^e Congrès de l'Assoc. med. angl. Glasgow, août 1888).

Cas de lupus de la région respiratoire supérieure, avec polype larynx du larynx, par R.-H. Scanes Spicer (56^e Congrès de l'Assoc. med. angl. Glasgow, août 1888).

Cas de tentative de suicide en se coupant la gorge, par Saint John Kemm et E.-F. Martin (*Brit. med. journ.*, 25 août 1888).

Blessure de la région thyroïdienne, par W.-E. Lascombe et F. Broadbent (*Brit. med. journ.*, 25 août 1888).

Trachéotomie chez les enfants. Pourquoi ne réussit-elle pas ? par Alexander Thom (*Edinburgh med. journ.*, septembre 1888).

Deux épidémies d'ulcérations de la gorge et de leur relation avec l'usage de mauvais lait, par J.-M. Cotterill (*Edinburgh med. Journ.*, septembre 1888).

Traitement local de la phtisie laryngée, par J. Middlemass Hunt (*Liverpool med. Chir.*, juillet 1886).

Trachéotomie, par Mackay (*Sunderland and North Durham med. Soc.*, 5 mars; in *Journ. of laryngol.*, septembre 1888).

Emploi de l'électricité dans les maladies du larynx, par J. Macintyre (*Brit. med. journ.*, 15 septembre 1888).

Hémorragies du larynx, du pharynx et autres hémorragies les simulant, par A. Hodgkinson (*Brit. med.*, 15 sept. 1888).

Périchondrite nécrosique aiguë du larynx chez un porc, par P.-S. Hutchinson (*Brit. med. journ.*, 22 septembre 1888).

Remarques sur l'intubation du larynx, par F.-E. Waxham (*Brit. med. journ.*, 26 août 1888).

Un cas de laryngite tuberculeuse, trachéotomie facilitée par la cocaïne, par Peake (*Lancet.* 15 septembre 1888).

Deux cas de sténoses laryngées complètes produites par des tentatives de suicide, traitées avec succès par la dilatation et un cas de sténose syphilitique traitée de la même manière, par Newmann (*Glasgow med. Journ.*, octobre 1888).

Intubation naso-laryngienne dans la diphtérie, par J.-J. Ridge (*Brit. med. journ.*, 13 octobre 1888).

Nouvelle méthode pour relever l'épiglotte, par Howard (*Med. Soc. of London*, 22 octobre; in *Brit. med. journ.*, 27 octobre 1888).

Trachéotomie chez les enfants, pourquoi ne réussit-elle pas ? par R.-W. Parker (*Edinburgh med. journ.*, novembre 1888).

Nez.

Déformation congénitale du nez avec autres malformations de la face, par H.-G. Rawdon (*Liverpool med. Chir. journ.*, 1887, VII, 289, 292).

Obstruction du nez, par Spicer (*Brit. med. journ.*, 19 novembre 1887).

Observation de polypes muqueux du nez chez l'enfant, par Bond (*Brit. med. journ.*, 10 décembre 1887).

Trois leçons sur les formes de l'obstruction nasale en rapport avec les maladies de la gorge et de l'oreille, par Greville Macdonald (Londres, Watt, 1887).

Ulçère perforant de la cloison, par Jessop (*Leeds and West Riding med. Chir. Soc.*; in *Brit. med. journ.*, 10 mars 1888).

Traitement de l'antre d'Highmore, par Creswell Baber (*Brighton and Bath. med. chir. Soc.*; in *Brit. med. journ.*, 24 mars 1888).

Empyème du sinus maxillaire avec symptômes nasaux, par P.-M. Bride (*Edinburgh med. journ.*, août 1888).

Trépanation nasale, par Dundas Grant (*Hunterian Soc. Brit. med. Journ.*, 19 mai 1888).

Diagnostic de l'eczéma du sinus maxillaire quand l'écoulement nasal est le seul symptôme, par P.-M. Bride (*Edinburgh med. Journ.*, juin 1888).

Remarques sur l'éternuement paroxystique, par Sidney Rieger et W. Murrell (*Brit. med. journ.*, 16 juin 1888).

Rhinite abronique et ses suites, par Hunter Mackenzie (*Brit. med. journ.*, 16 juin 1888).

Thérapeutique de la fièvre des foins, par C. Genth (*Brit. med. journ.*, 16 juin 1888).

Tumeurs post-nasales et leurs rapports avec les maladies de l'oreille moyenne, par A. Bronner (*Brit. med. journ.*, 14 juillet 1888).

Méthode de traitement des polypes du nez et du naso-pharynx, par P.-M. Bride (*Edinburgh med. journ.*, août 1888).

Thérapeutique de la fièvre des foins, par W.-S. Paget (*Brit. med. journ.*, 28 juillet 1888).

L'ozène, sa nature et son traitement, par Bronner (*Med. Presse et Circ.*, London, 1888, XIV, 343, 345).

Catarrhe nasal et aprosexie, par Fox (*Lancet*, 12 mai 1888).

Respirateur combiné pour le nez et l'oreille, par Watson (*Lancet*, 2 juin 1888).

Cas de végétations adénoïdes opérées par le grattage avec l'ongle et la curette d'Hartmann, par Bronner (56^e Congrès de l'Ass. med. angl., Glasgow, août 1888).

Rapport du bégaiement avec les maladies du nez et du naso-pharynx, par Farguhar Matheson (56^e Congrès de l'Ass. med. angl., Glasgow, août 1888).

Causes, effets et traitement des sténoses nasales, par Creswell Baber (56^e Congrès de l'Ass. med. angl., Glasgow, août 1888; in *Brit. med. journ.*, 15 septembre 1888).

Obstruction nasale, par Dundas Grant (56^e Congrès de l'Ass. med. angl., Glasgow, août 1888; in *Brit. med. Journ.*, 15 septembre 1888).

Cas de tumeur du naso-pharynx, par Mackenzie Johnston (56^e Congrès de l'Ass. med. angl., Glasgow, août 1888; in *Brit. med. Journ.*, 15 septembre 1888).

Opération des polypes naso-pharyngiens, avec cas, par Chr. Lewis (56^e Congrès de l'Ass. med. angl., Glasgow, août 1888).

Polype fibro-muqueux du naso-pharynx, par Warden (56^e Congrès de l'Ass. med. angl., Glasgow, août 188.; in *Brit. med. journ.*, 13 septembre 1888).

Rhinoplastie, par Rutherford Morrison (*Northumb. and Durham med. Soc.*, 9 février; in *Journ. of laryng.*, septembre 1888).

Remarques sur la pathologie des échondroses du cartilago triangulaire, avec une nouvelle opération, par Greville Macdonald (*Brit. med. journ.*, 15 septembre 1888).

Fièvre des foins et conditions associées, par P. Mc. Bride (*Brit. med. Journ.*, 15 septembre 1888).

Epistaxis, par M.-W. Schulten (*Soc. of Finnish. Phys.*, 18 février; in *Journ. of laryng.*, octobre 1888).

Contagion par les écoulements du nez et de l'oreille, par H. Bendelack Hewotson (*Leeds and West Rid. med. chir. Soc.*, 12 octobre; in *Brit. med. journ.*, 27 octobre 1888).

Pharynx et varia.

Tumeur maligne de l'amygdale, par H. Gray Croly (*Dublin journ. of med. Sc.*, 8 octobre 1887).

Epithélioma de la langue et des ganglions, opéré par la méthode de Kocher, par Kocher (*Lancet*, 15 octobre 1887).

Hypertrophie de la langue et des amygdales, par Robertson (*Brit. med. Journ.*, 19 novembre 1887).

Vaisseau pulsatile du pharynx, par Sanderson (*Brighton a. Sussex. med. chir. Soc.*, 1^{er} septembre 1887).

Acide sulfureux dans la diphthérie, par Snow (*Brit. med. Journ.*, 8 octobre 1887).

Biodure de mercure dans la diphthérie, par Watson (*Brit. med.*, 8 octobre 1887).

Dentier arrêté dans l'œsophage depuis 15 mois, par Bridgman (*Lancet*, 24 septembre 1887).

Perforation de l'œsophage et de l'aorte par une arête, par Gardner et Coats (*Glasgow med. Journ.*, juillet 1887).

Traitement de la coqueluche par les insufflations nasales, par Holloway (*Brit. med. Journ.*, 15 octobre 1887).

Traitement de la coqueluche par la benzine, par Lowe (*Brit. med.*, 15 octobre 1887).

Tumeur maligne de l'œsophage, par Scott (*Lancet*, 9 octobre 1887).

Extirpation d'une partie de la joue, de la langue, du pharynx et du voile palatin pour un épithélioma, par A. Barker (*Lancet*, 3 décembre 1887).

Sur une méthode d'amputation de la langue, par A. Barwel (*Lancet*, 31 décembre 1887).

Hypertrophie des glandes de la langue, emploi du galvano-cautère, par W. Robertson (*Lancet*, 31 décembre 1887).

Angiomes de la langue, par Treves (*Pathol. Soc. of London*; in *Lancet*, 7 janvier 1888).

Hypertrophie aiguë de la glande thyroïde chez un enfant, par Th. Barlow (*Clinic Soc. of London*; in *Lancet*, 17 décembre 1887).

Traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage par le tubage et le cathétérisme permanent, par Ch. Symonds (*Brit. med. j.*, avril 1887).

Nœvus de la langue, par Pitts (*Med. Soc. of London*, 23 janvier 1888).

Nœvus de la langue, par John Morgan (*Med. Soc. of London*, 23 janvier 1888).

De la place de la spécialité dans la pratique générale, oreille, nez, gorge et yeux, par G. Hunter (*Med. Chir. Soc. of Edimb.*, 18 janvier 1888).

Deux tumeurs du voile du palais, par Ellermann, de Heidelberg (*Brit. med. j.*, 21 janvier 1888).

Chirurgie de la glande thyroïde, par Foy (*Roy. Acad. of Med.*; in *Ireland*, janvier 1888).

Des paralysies diphthéritiques, par J.-S. Bristowe (*Brit. Med. j.*, 4 février 1888).

Symptômes alarmants produits par la pulvérisation de la gorge au moyen de la cocaine, par Fortescue Fox (*Brit. med. j.*, 18 février 1888).

Ulère profond du pharynx étendu au larynx, par T. Harris (*Pathol. Soc. of Manchester*; in *Brit. Med. Journ.*, 25 février 1888).

Excision de la langue, par Whitehead (*Lancet*, 28 janvier 1888).

Traitement de la diphthérie et de l'amygdalite, par T.-F. Raven (*Brit. Med. j.*, 24 mars 1888).

Lupus de la bouche, du pharynx et du larynx, par Orwin (*Med. Soc. of London, Brit. Med. Journ.*, 31 mars 1888).

Traitement du goitre kystique, par Mark Howell (*Lancet*, 11 février 1888).

Cas d'aphasie traumatique traité par le trépan et la sortie d'un caillot de sang de l'intérieur du cerveau, par C.-B. Ball (*Roy. Acad. of Med.*; in *Ireland*; in *Brit. Med. j.*, 7 avril 1888).

Leçons cliniques sur les maladies de la langue, par Christopher Heath (*Brit. Med. j.*, 21 avril 1888).

Pharyngite hémorragique, par A. Jamison (*Brit. Med. j.*, 21 avril 1888).

Cas d'acromégalie, par R.-J. Godlee (*Clin. Soc. of London*; in *Brit. Med. j.*, 21 avril 1888).

Cas d'acromegalia, par Hadden et Ballance (*Clin. Soc. of London*; in *Brit. Med. j.*, 21 avril 1888).

Calcul de l'amygdale, par Alderson (*Brit. Lond. Med. Chir. Soc.*; in *Brit. Med. j.*, 14 avril 1888).

Amygdalite parenchymateuse aiguë traitée par la cocaïne, par Havilland Hall (*Clinical Soc. of Lond.*, *Brit. Med. j.*, 19 mai 1888).

Rôle de la luette et de l'épiglotte, par S. Spicer (*Lancet* 31 mars 1888).

Goitre congénital, par Ormsby (*Lancet*, 5 mai 1888).

Traitement de la diphthérie, par Thornton (*Lancet*, 28 avril 1888).

Epithéliome de la bouche; ablation de l'amygdale, d'une partie du voile du palais, du pharynx et de la langue; laryngotomie préalable; récurrence et résection de la moitié de la mâchoire inférieure, par Charters Symonds (*Guy's hospital*; in *British Med. j.*, 16 juin 1888).

Le régime et les affections de gorge, par E. Cutter (*Journ. of Laryng.*, juillet 1888).

Cas de paralysie unilatérale de la langue à la suite d'une contusion du nerf hypoglosse, par Rutherford Morison (*Brit. Med. j.*, 14 juillet 1888).

L'étiologie de la diphthérie, par E.-G. Barnes (*Brit. Med. j.*, 28 juillet 1888).

Abcès en dehors de l'amygdale chez un enfant, causant la dysphagie et la dyspnée, traité par opération par le cou, par Pasteur (*Lancet*, 14 juillet 1888).

Dix ans de diphthérie à l'hôpital Saint-Georges, par Griffiths (*Lancet*, 14 juillet 1888).

Le mercure dans la diphthérie, par Parks (*Lancet*, 26 mai 1888).

Un cas d'œsophagotomie pour extraction d'un palais artificiel. Guérison. Réflexions, par Clutton (*Lancet*, 7 juillet 1888).

Gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage, par J. Murphy (56^e Congrès de l'Ass. Med. anglaise, Glasgow, août 1888; in *Brit. Med. j.*, 27 octobre 1888).

Cas de gastrostomie, par A. Carmichael (56^e Congrès de l'Ass. Med. anglaise, Glasgow, août 1888; in *Brit. Med. j.*, 27 octobre 1888).

Rôle de l'amygdale pharyngienne dans l'état de santé et pendant la maladie, par W. Hill (56^e Congrès de l'Ass. Med. ang. Glasgow, août 1888).

Observations cliniques et pathologiques sur les affections des amygdales, par Scanes Spicer (56^e Congrès de l'Ass. Med. ang. Glasgow, août 1888).

Amygdales et amygdalotomie, par Chr. Lewis (56^e Congrès de l'Ass. Med. angl. Glasgow, août 1888; in *Brit. Med. j.*, 15 septembre 1888).

Rôle des différentes amygdales, par Hill (56^e Congrès de l'Ass. Med. ang. Glasgow, août 1888; in *Brit. Med. j.*, 15 septembre 1888).

Observations de goitre exophtalmique, par R.-Norris Wolfenden (*Journal of laryng.*, septembre 1888).

Remarques sur la nature et le traitement de la diphthérie, par A. Jacobi (56^e Congrès de la Brit. Med. Ass. Glasgow, août 1888; in *Brit. Med. j.*, 22 septembre 1888).

Quelques points du traitement chirurgical de la diphthérie, par R.-W. Parker (56^e Congrès de la Brit. Med. Ass. Glasgow, 1888; in *Brit. Med. j.*, 22 septembre 1888).

Le traitement du catarrhe pharyngien, par A.-J. Beechag (*Brit. Med. j.*, 29 septembre 1888).

- Syphilis primitive de la langue, par Bell (*Lancet*, 4 août 1888).
 Cas de diphthérie, par Paley (*Brighton and Sussex. Med. Chir. Soc.*, 6 septembre 1888; in *British Med. J.*, 6 octobre 1888).
 Observations de goitre exophtalmique (maladies de Graves), par R.-Norris Wolfenden (*Journ. of laryng.*, septembre et octobre 1888).
 Paresie du pharynx, par Saltzmann (*Soc. of Funnish Phy.*, 3 mars; in *J. of laryng.*, octobre 1888).
 Traitement de la diphthérie, par J. Campbell Hall (*North of Ireland Branch*, 17 octobre; in *Brit. Med. J.*, 27 octobre 1888).

CANADA]

Oreille

- Otite moyenne suppurée chronique, par Rolland (*Gaz. méd. de Montréal*, décembre 1887).
 Eczéma du pavillon de l'oreille, par Rolland (*Gaz. méd. de Montréal*, 1887).
 Corps étranger du conduit auditif externe, par Rolland (*Gaz. méd. de Montréal*, février 1888).
 Maladies de l'oreille et du rhino-pharynx, par A.-A. Foucher (*Union méd. du Canada*, juillet et août 1888).

Larynx et trachée.

- Tubercules de la trachée. Présentation de pièces pathologiques, par Johnston (*Canada Med. and Surg. J.*, octobre 1887).
 Un cas de trachéotomie dans la diphthérie; guérison, par J.-W. Clemeska (*Canada Med. and Surg. Journ.*, juin 1888).
 Intubation du larynx, par J.-B. Harvie (*Montreal Med. Journ.*, août 1888).

Nez.

- Rhinosclérome, par M.-J.-R. Donagh (*Canada Pract.*, septembre 1887).
 Corps étranger du nez, par Laphorn-Smith (*Montreal Med. Journ.*, juillet 1888).

Pharynx et varia.

- Nouvel instrument pour enlever les productions morbides de la voûte du pharynx, par Major (*Canada Mand. S. J.*, novembre 1887).
 Deuxième étude sur le traitement de la diphthérie, par Palardy (*Un. méd. du Canada*, octobre 1887).
 Étiologie de la diphthérie, par Ross (*Canada Pract.*, novembre 1887).
 La diphthérie et son traitement, par S. Bolduc (*Union méd. du Canada*, mai 1888).
 Adhérence complète du voile du palais à la paroi pharyngée postérieure, par Dumon (*Canadian Practitioner*, janvier 1888).
 Quatrième étude sur le traitement de la diphthérie; procès de la cautérisation, par J. Palardy (*Union méd. du Canada*, 175-180, 1888).

NOUVELLES.

Le comité international du 5^e congrès d'otologie qui se tiendra à Florence en 1892 est composé ainsi qu'il suit :

Belgique : MM. C. Delstanche, F. Schiffers et Eeman.

France : MM. Gellé, E. Ménière, J. Baratoux, A. Joly, E.-J. Moure et Noquet.

Angleterre : MM. Urban Pritchard, Cresswell-Baber, W. Dalby, T. Barr, Mac Bride, Swanzy, et Stone.

Amérique : MM. Beake, Greene, Breck, C. H. Burnett, Knapp, D. R. Saint-John Roosa et L. Turnbull.

Allemagne : MM. Lucae, Moos, Truckenbrod, A. Hartmann et F. Bezold.

Autriche-Hongrie : MM. A. Politzer, Bôke, Zaufal et Morpurgo.

Italie : MM. de Rossi, V. Grazi, Sapolini, V. Cozzolino, G. Gradenigo, Brunetti, C. Secchi, G. Longhi et Bobone.

Espagne : MM. R. de la Sota y Lastra, L. Sune y Molist, Gonzalès Alvarès, Urunuela et Moresco.

Suisse : MM. F. Rohrer et Secrétan.

Hollande : MM. Guye, Moll et Van Hoek.

Suède : MM. Swanberg et Ceterblad.

Russie : MM. Stepanov, Ruhlmann, Poorten, Mandelstamm et Benni.

La Société espagnole de laryngologie, otologie et rhinologie s'est réunie à Barcelone du 26 au 29 septembre 1888.

Ont été proposés comme membres étrangers : les D^r Sir Morrell Mackenzie, de Londres; Ménière et Miot de Paris, Moure, de Bordeaux, et Urbantschitsch, de Vienne.

Les Mémoires suivants ont été lus :

L'ozène, par F. Gomez de la Mata. — Traitement de la tuberculose laryngée, par Bassols y Prim. — L'hyperesthésie auditive et son traitement, par Verdós. — Catarrhe sec de l'oreille moyenne ou sclérose de la caisse, par Gomez de la Mata. — Observation de deux cas de névroses réflexes d'origine nasale, par Roquer y Casadesus. — Critique des moyens employés pour calmer la douleur dans les ostéites aiguës de la cavité tympanique, par Sune y Molist. — Quel est le meilleur procédé pour maintenir libre la trompe d'Eustache. depuis les bougies dilatatrices, par Sune y Molist.

La première session de la Société anglaise de laryngologie et de rhinologie s'ouvrira le mercredi 14 novembre 1888, au Langham Hôtel, à Londres. — Des communications ont été annoncées par MM. les D^r Hunter Mackenzie (Edimbourg), J.-M. Hunt (Liverpool), Greville Mac-Donald (Londres), Gordon Holmes (Londres), Dundas Grant (Londres) et Norris Wolfenden (Londres). Il y aura en même temps une exposition d'instruments employés pour le diagnostic et le traitement des maladies de la gorge et du nez.

Notre éminent confrère, M. le D^r F. Massei, de Naples, vient d'être nommé professeur extraordinaire de laryngologie à l'Université de Naples.

Par arrêté ministériel, en date du 9 novembre 1888, ont été nommés membres du comité d'organisation du Congrès national d'otologie et de laryngologie : MM. les docteurs Boucheron, Calmettes, Duplay, Garel (de Lyon), Gellé, Gouguenheim, Joal,

Lannois (de Lyon), Ladreit de Lacharrière, Loewenberg, Ménière, Miot, Moure (de Bordeaux), Noquet (de Lille), Ruault, Terrier et Tillaux.

Ce comité d'organisation du Congrès d'otologie et de laryngologie nommé par arrêté ministériel, a été convoqué le 17 novembre par M. le professeur Garrel, chargé de l'organisation du Congrès scientifique de l'Exposition de 1889, et s'est réuni sous la présidence de M. Ladreit de Lacharrière. Le but de la convocation était la nomination d'un bureau réclamé par M. Gariel.

Ont été nommés : Président, M. le professeur Duplay; vice-présidents, MM. les D^{rs} Ladreit de Lacharrière et Gouguenheim; secrétaire, M. le D^r Loewenberg.

Les pouvoirs de ce bureau expireront au moment de la réunion du Congrès, réunion dont la date sera fixée ultérieurement.

VIN DE CHASSAING. Pepsine et diastase. Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864, contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Fallières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigrammes de phosphate.

LIQUEUR D. GAUDIER à base de boldo. Spécifique exceptionnellement énergique dans l'anémie invétérée, l'épuisement prématuré et les affections de la moelle; actif, goût très agréable, ne contenant aucune substance nuisible.

SIROP ET GRANULES CROSNIER (Monosulfure de sodium inaltérable). Rapport favorable de l'Académie de médecine, août 1877 : Phtisie, bronchites, catarrhes, laryngites ; maladies de la peau.

OUVRAGES ENVOYES AUX ANNALES.

La maladie de l'empereur Frédéric III, rapports officiels des médecins allemands, traduits par le Dr LUC. (W. Hinrichsen, éditeur, 22, rue Jacob, Paris; 1 vol. in-18, prix, 3 fr.)

Études thérapeutiques et bactériologiques sur le furoncle de l'oreille, par LOEWENBERG. (Extrait de l'*Union médicale*, 1888.)

Un cas de vertige auriculaire, amélioré par opération, par C. H. BURNETT. (*The Polyclinic*, août 1888.)

La réaction électrique du nerf acoustique, par G. GRADENIGO. (Tirage à part du *Cent. f. d. med. Wissensch.*, nos 30, 40 et 41, 1888.)

De la créoline en général et de l'emploi de ce nouvel antiseptique dans les maladies du nez, des oreilles et de la gorge, par L. LICHTWITZ. (Extrait du *Bulletin médical*, n° 78, 1888.)

Hypertrophie du tissu glandulaire de la base de la langue, avec observations, par J.-W. FARLOW. (Tirage à part du *Boston med. and surg. Journ.*, 2 février 1888.)

Examen de la gorge et spécialement de la manière de se servir de l'abaisse langue, par J.-W. FARLOW. (Tirage à part du *Boston med. and surg. Journ.*, 12 mai 1887.)

Le congrès international d'otologie, par E. CRESEWELL BABER. (Tirage à part du *London med. Record.*, 28 octobre 1888.)

Syphilis du larynx, de la trachée et des bronches, par J. SOLIS COHEN. (Extrait des *Transact. of the Philad. County med. Soc.*, du 2 septembre 1888.)

Parésie des chanteurs (Cantatory paresis), par J. SOLIS COHEN. (Extrait du *Medical News*, du 6 octobre 1888.)

Le Gérant : G. MASSON.

